FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N° 519

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Lucien DIAMANT-BERGER

Né le 4 mars 1900, à Paris

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Président : M CUNEO, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Lucien DIAMANT-BERGER
Né le 4 mars 1900, à Paris
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTERECTOMIE ABDOMINALE TOTALE

Président : M. CUNEO, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1929

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	N...
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

B. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri. . . . . Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
BROCQ . . . . Pathologie chirurgicale.
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT . . Pathologie chirurgicale
CATHALA . . Pathologie médicale
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
DOGNON . . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ECALLE . . . Obstétrique.
FEY . . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expériment^le.
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale
JOANNON. . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LIAN. . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand). . . . Pharmacologie.
MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. . . . Pathologie chirurgicale
MOURE . . . . Pathologie chirurgicale
MULON . . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIEDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
VAUDESCAL . Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE . . . . Histologie.
VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . . Pharmacologie.
GUÉNIOT . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
REFTERER. . Histologie.
ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Qui fut pour moi le premier et le meilleur des maîtres. Il me donne chaque jour l'exemple de la plus grande bonté et de la plus belle conscience professionnelle. Son abnégation, son dévouement et son inlassable activité forcent l'admiration de tous ceux qui l'approchent et je ne saurais trouver de plus noble modèle à qui m'efforcer de ressembler.

A Monsieur le Professeur CUNÉO

Qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse.

A Monsieur le Docteur WIART

Qui a bien voulu nous proposer le sujet de cette thèse, nous en fournir les éléments et nous guider dans les recherches qu'elle a nécessitées.

A Monsieur le Professeur agrégé DESMAREST

A qui nous devons le plus clair et le plus solide de notre instruction chirurgicale. Puisse-t-il trouver ici l'expression d'une gratitude et d'un dévouement inaltérable.

A Monsieur le Professeur agrégé PORTES

Qui, après avoir été notre Interne, puis notre maître de conférences d'Internat, devint notre ami le plus sûr et notre conseiller le meilleur et le plus éclairé.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1918. — M. le Professeur LETULLE (*in memoriam*).
1919. — M. le Professeur BEZANÇON.
M. le Docteur PROUST.

Externat

1920. — M. le Professeur CARNOT.
1921. — M. le Docteur ENRIQUEZ (*in memoriam*).
1922. — M. le Docteur MILIAN.
M. le Docteur CATHALA.

Internat provisoire

1923. — M. le Docteur DEMELIN.
M. le Docteur BOUFFE DE ST-BLAISE.
1924. — M. le Docteur HALLOPEAU (*in memoriam*).
M. le Docteur ROBINEAU.
M. le Professeur LEGUEU.
M. le Docteur BAUDET.

Internat

1926. — M. le Docteur DESMAREST.
1927. — M. le Docteur MOCQUOT.
M. le Docteur DESMAREST.
1928. — M. le Docteur WIART.
1929. — M. le Docteur LARDENNOIS.
M. le Docteur MOUCHET.

A Messieurs les Docteurs :

HARVIER, PAUL JACQUET, ETIENNE BERNARD, Médecins des Hôpitaux.
DEVRAIGNE, VIGNES, LEVANT, DESNOYERS, JEAN RAVINA, Accoucheurs des Hôpitaux.
CAPETTE, METIVET, MADIER, BRAINE, Chirurgiens des Hôpitaux.
FROMENT, Chef de clinique à la Faculté.

A M. le Médecin Colonel MORISSON, Chirurgien des Hôpitaux Militaires.

MEIS ET AMICIS

DU MÊME AUTEUR

Traitement des plaies infectées et des brûlures par la bouillie lactique (*La Semaine des Hôpitaux*, 18 juin 1926).

Les Sigmoïdites (en collaboration avec M. le Docteur Desmarest, chirurgien de l'Hôpital A. Paré, Professeur agrégé à la Faculté, *La Science Médicale pratique*, février 1927).

Invagination intestinale du nourrisson (*La Science Médicale Pratique*, juin 1927).

Face inférieure du foie (*La Science Médicale pratique*, octobre 1927).

Conduite à tenir en présence d'une fracture diaphysaire de la jambe (*L'Hôpital*, décembre 1927).

Où en est l'appendicite chronique ? (chez l'adulte seulement) (en collaboration avec M. le Docteur Desmarest, *La Science Médicale pratique*, mars 1928).

Vingt-huit observations de fractures diaphysaires des os de la jambe (en collaboration avec M. le Docteur Desmarest, *La Presse Médicale*, 4 avril 1928).

Rupture traumatique des tendons (*La Vie Médicale*, 25 avril 1928).

Présentation d'un cas clinique de polype sphacélé répondant anatomiquement à un cancer perforant du corps utérin (en collaboration avec M. le Docteur Desmarest, *Société Anatomique de Paris*, séance du 3 février 1927).

Présentation d'un crochet destiné à faciliter les ligatures profondes (*Société de Chirurgie*, M. Wiart, rapporteur, séance du 25 avril 1928).

Présentation de lipio-radiographies d'artères utérines (*Société d'Anatomie de Paris*, séance du 6 juin 1929).

Un écarteur périnéal autostatique (*Presse Médicale*, 6 novembre 1929).

Présentation d'un cas de luxation traumatique de l'os iliaque droit, compliquée de contusion du rein (*Société d'Anatomie de Paris*, séance du 7 novembre 1929).

INTRODUCTION

Nous avons eu la rare fortune d'accomplir notre troisième année d'Internat dans le Service de M. le Dr Wiart, à l'Hôpital Lariboisière. Nous lui devons — outre l'agrément d'une année passée à ses côtés — d'avoir bien voulu nous proposer le sujet de ce travail et de nous en avoir fourni les éléments. M. Wiart en effet utilise depuis plusieurs années l'hystérectomie totale — presque exclusivement — de préférence à la subtotale ; et il emploie pour cela une technique personnelle, qui nous a paru suffisamment différente des techniques que nous avions vu employer ailleurs, pour mériter une étude approfondie. Cette technique a comme particularité essentielle de consacrer un temps opératoire spécial à la ligature des vaisseaux cervico-vaginaux ; qui sont saisis isolément par une pince verticale, en dedans de la pince à utérine.

Nous avons donc étudié le mode d'action de cette pince, sur des préparations anatomiques spéciales. D'autre part, nous avons réuni toutes les observations de totales exécutées par M. Wiart ; avant et depuis l'application de cette technique. Enfin nous avons tenu à

rechercher dans la littérature tout ce qui concernait la totale, afin de situer la question et d'exposer les différents problèmes qu'elle soulève, en pleine connaissance de cause.

Nous n'avons voulu étudier que l'*hystérectomie abdominale totale, en chirurgie courante.* Nous voulons dire par là que nous avons délibérément éliminé :

1° *Le cancer du col* qui pose des problèmes trop nombreux et trop complexes pour le cadre de cette étude ;

2° *L'hystérectomie en obstétrique*, faute de documents et d'une expérience suffisante ;

3° Et enfin *l'hystérectomie vaginale.*

Notre travail comprendra par conséquent :

1° Un exposé succinct des raisons qui opposent la totale à la subtotale ;

2° Les recherches anatomiques personnelles qui nous ont permis de démontrer la logique et l'excellence de la technique de M. Wiart ;

3° Cette technique elle-même ; illustrée par M. Frantz ;

4° Les modalités de cette technique suivant les indications opératoires courantes ;

5° Une statistique de *253 cas* ;

6° Enfin, la bibliographie française et étrangère de la question, classée d'après la date des publications.

CHAPITRE I

—

DES RAISONS QUI OPPOSENT LA TOTALE A LA SUBTOTALE

Presque tous les chirurgiens ne font à peu près que des subtotales. Pourquoi ? La totale est cependant plus logique ; aussi faut-il penser que le col utérin abandonné au fond du vagin est utile à quelque chose, ou encore que l'opération est plus facile et plus bénigne en le laissant en place.

La première question à se poser est donc de se demander quelles sont les raisons qui font presque unanimement préférer la subtotale à la totale. Pour cela, il faut étudier deux séries de points de vue :

1° La persistance du col, après l'ablation du reste de l'utérus et de ses annexes, est-elle *utile, nuisible,* ou *indifférente* ;

2° L'exérèse du col, autrement dit *l'acte chirurgical par lequel la totale se différencie de la subtotale est-elle facile ou difficile* et est-elle *dangereuse ou anodine,* au point de vue de la gravité de l'opération.

Nous examinerons successivement ces deux ordres de faits.

1° Utilité de la conservation du col

α) Les partisans de la subtotale — dont M. le Pr J. L. Faure s'est toujours montré le défenseur le plus enthousiaste — ont certainement des raisons de penser que le col, laissé en place après l'ablation du corps utérin, est au moins inoffensif, et peut-être utile à quelque chose.

Ils ont en effet coutume de considérer plusieurs ordres de faits :

1° *Inutilité de l'ablation d'un col sain.*

L'ablation du col est inutile si la lésion siège au corps utérin, c'est le cas des fibromes ; ou aux annexes, c'est celui des salpingites. Aussi, pourquoi surcharger l'opération d'un acte qui n'est pas indispensable ?

2° *Utilité du col pour la statique pelvienne.*

Les ligaments utéro-sacrés sont les meilleurs soutiens du vagin ; et l'on connaît en effet l'importance de leurs lésions, d'origine habituellement obstétricale, dans l'étiologie des prolapsus génitaux. Or ces ligaments prennent insertion sur la face postérieure de l'isthme et du col utérin. Supprimer ce point d'attache est donc causer un délabrement plus considérable qu'il ne paraît, et prédisposer l'opérée à l'effondrement ultérieur de son périnée.

3° *Utilité du col pour la vie génitale ultérieure.*

Pour ne plus être fécondables, la majorité des opérées n'en désire pas moins continuer à pratiquer des rapports sexuels. Or la présence du col utérin dans le fond du vagin fait que la femme est en quelque sorte moins abîmée. Une cicatrice, au contraire, peut être la cause de douleurs ou de gêne mécanique ; et peut vraisemblablement modifier les sensations voluptueuses.

Tels sont, en résumé, les trois seuls faits à retenir, qui justifient anatomiquement la conservation du col :

L'inutilité d'enlever un col sain ;
L'utilité du col pour la statique pelvienne ;
Et son utilité pour la vie génitale ultérieure.

β) Puisque nous prenons ici la défense de la totale ; nous commencerons par répondre à ces trois arguments.

a) *Inutilité d'enlever un col sain.*

S'il est vrai qu'il est théoriquement inutile d'enlever un organe sain, en l'espèce le col utérin ; il n'en est pas moins vrai *que ce dernier est bien rarement indemne quand les lésions utérines étaient telles que l'hystérectomie était indiquée.*

Il convient donc de commencer par discriminer les cas, d'après les lésions, donc d'après les indications opératoires. Le cancer devant être mis hors de cause, ces indications sont essentiellement le fibrome, et l'infection.

A. — Fibrome. — Il est certain que dans bien des cas — abstraction faite des myomectomies et autres

opérations conservatrices — la subtotale donne une guérison définitive et complète. Mais souvent le col est dur et scléreux ; il n'est pas épargné par le processus fibromateux, et il est donc susceptible, par exemple, d'une dégénérescence ultérieure. Si le fibrome est très bas ; il arrive qu'on soit obligé de faire la totale, ou qu'on la fasse malgré soi, la section passant nécessairement au-dessous du col, confondu avec le fibrome. Il y a donc — pour ces cas-là — un intérêt majeur à bien avoir en mains la technique de la totale - - quand ce ne serait que pour ne pas être pris au dépourvu.

Enfin, bien souvent, *les utérus fibromateux sont infectés*, et cette infection — habituellement latente — peut aller jusqu'à se compliquer de lésions salpingiennes évidentes.

Avec l'infection, nous rentrons dans le cadre suivant :

B. Infection. — Que de fois — et le fait est aussi quotidien qu'il est navrant — voit-on des opérées continuer à venir se faire soigner pour des pertes, qui sont à peu près exactement ce qu'elles étaient avant l'intervention. *C'est que le col est resté* : c'était lui l'organe le plus malade, et c'est lui que le chirurgien a laissé ; victime d'une véritable routine de la subtotale. Chacun sait combien l'on est désarmé vis-à-vis de ces malades ; car les soins locaux sont souvent inefficaces : tampons, antiseptiques ou vaccinants, injections, cautérisations, etc., etc... jusqu'aux agents physiques, fulguration, diathermie ; tout est essayé, et souvent sans succès. Il n'y a pas lieu d'en être surpris, car si ces malades s'étaient

décidées à se faire opérer, c'est presque toujours parce qu'elles avaient auparavant tout tenté sans résultat.

Logiquement, on ne doit pas laisser un col tant soit peu infecté ; on s'expose en effet à faire une opération au moins inutile, donc contre-indiquée.

b) *Utilité du col pour la statique pelvienne.*

Il faut envisager ce qu'il peut advenir de la *statique pelvienne*, lorsqu'on détruit, par l'ablation du col, l'insertion inférieure des ligaments utéro-sacrés. La cicatrice laissée par la totale au fond du vagin, est constituée par un bloc fibreux nécessairement en rapport avec les anciennes surfaces de section, car on ne conçoit pas comment l'espace qui sépare les bouts sectionnés des ligaments utéro-sacrés, du cul-de-sac vaginal, pourrait ne pas être occupé par ce tissu de cicatrice, tissu inélastique, et même rétractile, par définition. Le moyen de soutien du vagin ainsi reconstitué, doit donc être en principe, aussi bon, sinon meilleur, que n'était primitivement le tractus sacro-utéro-vaginal.

Ces idées théoriques ont *a priori* autant de valeur que celles qui se réclament de la conservation de l'insertion inférieure des ligaments utéro-sacrés.

Pratiquement, si nous consultons notre statistique à ce point de vue ; nous trouvons un pourcentage de prolapsus qui n'atteint pas le tiers des chiffres donnés par exemple, par Escudié (4 à 5 %). D'ailleurs cet auteur estime que l'on a des chiffres identiques après la subtotale.

c) *Utilité du col pour la vie génitale ultérieure.*

Cet aspect de la question est évidemment des plus délicats à étudier, mais il est essentiel à prendre en considération.

Nous nous garderons d'insister sur ce point ; disons seulement, par anticipation, que les opérées que nous avons revues, et qui étaient susceptibles d'avoir une opinion personnelle sur cette question ; ne se sont pas plaintes d'avoir été lésées par l'opération.

Nous croyons cependant devoir nous permettre une remarque. C'est qu'au point de vue des possibilités de contamination vénérienne, une cicatrice vaginale semble moins vulnérable vis-à-vis de certains microbes, tréponème en particulier, qu'un col utérin. Le risque est d'autant plus grand que la femme sait qu'elle « ne risque rien » et qu'elle prend souvent des précautions d'hygiène moins rigoureuses qu'avant l'opération.

La question est d'un intérêt majeur chez les prostituées, qui fournissent un notable contingent à la clientèle gynécologique hospitalière.

Il est donc facile de réfuter les arguments habituellement proposés pour la conservation du col utérin, toujours abstraction faite de la gravité opératoire.

Il est maintenant d'autres raisons, bien plus importantes, qui conseillent l'ablation du col :

a) *Le drainage post-opératoire.*

En cas de lésions septiques, on est souvent obligé de drainer. Or, *la totale permet et impose le drainage vaginal,*

incomparablement plus logique, plus efficace, et plus sûr, que le drainage abdominal. Il dispense, dans la presque totalité des cas, de recourir au Mickulicz. Nous ne voulons pas faire ici le procès du Mickulicz, mais chacun sait à quels inconvénients et à quels dangers il expose : pansements douloureux, suites opératoires prolongées, éventrations et adhérences possibles, etc. Le plus grave est la fausse sécurité qu'il donne, telle qu'il n'est véritablement qu'un pis-aller, auquel on ne doit avoir recours qu'en désespoir de cause. Or, la subtotale ne permet pas de l'éviter, autant qu'il est désirable de le faire, et autant que le permet le drainage vaginal.

b) *L'avenir chirurgical du col isolé.*

Un autre fait plaide encore en faveur de la totale, c'est *le peu de possibilités chirurgicales que laisse un col isolé*, dans le cas où son exérèse secondaire serait envisagée.

En dehors de la répugnance que peuvent éprouver les malades à se soumettre à une seconde intervention; il faut savoir à quelles difficultés on peut se heurter : sans compter les adhérences péritonéales, qui ne sont pas toujours quantité négligeable, on aura du mal à repérer, et à délimiter exactement le col ; le péritoine ne s'en laissera pas décoller ; on se trouvera dans un magma cicatriciel qui englobera les organes vasculo-nerveux de la base du ligament large, et les deux uretères ; on aura d'autant plus de peine, enfin, à libérer le vagin, que la prise sur le col, par où il sera nécessaire d'exercer une traction, sera minime et fragile. Si

l'on veut employer la voie vaginale, on aura, en plus des mêmes difficultés ; celle de ne rien y voir.

Aussi recule-t-on presque toujours, devant cette intervention ; préférant pour la malade essayer toute la gamme des traitements non opératoires. Nous savons ce qu'il faut penser de leur efficacité, mais, même dans les cas favorables, où la guérison est ainsi obtenue, la malade perd au moins la certitude de ne pas voir se produire de récidives.

c) *Cancérisation secondaire du col.*

Toutes les considérations que nous venons de passer en revue s'effacent en importance devant celle de la *cancérisation secondaire du moignon du col.*

C'est Richelot, qui, par des communications répétées, a le premier et avec le plus d'insistance; attiré l'attention sur ce point. Depuis, les publications se sont multipliées ; l'une des dernières en date est celle de Mme Simone Laborde et Alice Roques (*Travail du centre anticancéreux* de M. le professeur Roussy).

Nous aurions aimé pouvoir reproduire en totalité cet article extrêmement démonstratif, mais nous ne pouvons ici que le résumer : Il y a lieu de considérer les cancers survenus *presque de suite après l'opération.* et qui sont le résultat d'une erreur : le cancer n'a pas été vu, et la malade a été hystérectomisée pour une salpingite ou un fibrome, imaginaires ou réels, compliquant le néoplasme.

Enfin, il y a des cancers survenus *tardivement,* plusieurs années après l'opération. Leur étiologie est évi-

demment discutable, soit qu'il faille mettre en cause la fréquence du cancer du col en général ; soit que le col soit mis, par l'amputation du reste de l'utérus, en état de moindre résistance contre le cancer. Cette hypothèse est d'ailleurs indémontrable ; mais en tous cas les conclusions de Mme Laborde sont des plus nettes, puisqu'elle termine textuellement ainsi :

« Le cancer du col après hystérectomie subtotale nous paraît peut-être plus fréquent qu'on ne l'admet généralement. Cette éventualité nous semble donc devoir entrer en ligne de compte dans la discussion des avantages de l'hystérectomie subtotale sur l'hystérectomie totale, et d'autant plus qu'il s'agit presque toujours d'une *forme grave dont le traitement est particulièrement difficile* ».

La cancérisation du col a donc une importance considérable, mais on peut lui opposer qu'il faut étudier en regard la possibilité de la cancérisation de la cicatrice laissée par la totale. Or, nous avons entrepris cette étude qui est extrêmement difficile.

En effet, nous nous sommes adressé à quelques-uns des spécialistes les plus compétents sur ce point ; c'est-à-dire dans les plus grands centres de radiumthérapie de Paris ; en particulier à l'Institut Pierre Curie et à l'hospice Paul Brousse (1).

Dans ces deux centres, la même objection essentielle

---

(1) Nous remercions ici, en particulier, nos excellents amis MM. les Drs Tailhefer, de l'Institut Pierre Curie et Wickham de l'hospice Paul Brousse ; qui nous ont spécialement documenté sur la question.

nous a été faite : c'est que lorsqu'un cancer se développe sur une cicatrice vaginale d'hystérectomie totale ; il est matériellement impossible de savoir pour quelle raison la malade avait été opérée. On n'a jamais l'observation du chirurgien, et encore moins l'examen histologique de la pièce qu'il a enlevée : on ne peut, par ailleurs, tenir aucun compte des dires de la malade. Dans ces conditions, ils ne possèdent aucun document authentique sur la question. Sous cette réserve, nous avons pourtant recueilli le souvenir — faute des observations elles-mêmes — de deux ou trois cancers du fond du vagin, après totale ; pour lesquels un doute pouvait subsister.

En dehors de ce chiffre minime et hypothétique, les mêmes centres étaient en mesure de totaliser une quarantaine de cas certains de cancers consécutifs à des subtotales, ce qui donnerait une proportion de plus de 15 contre 1.

D'ailleurs l'opinion personnelle des spécialistes, qui, en l'occurence, a d'autant plus de valeur qu'il n'y a pas de documents véritables, est à peu près unanime sur ce point. Pour eux, il s'agit toujours, jusqu'à preuve du contraire, d'une récidive locale de cancer utérin ; car c'est pour ce cancer que la malade avait été opérée — sciemment ou non. La possibilité de la cancérisation d'une cicatrice post-opératoire banale, n'est donc pas du tout démontrée. Il convient d'ajouter que, personnellement, nous n'en avons aucune dans notre statistique.

2° Difficulté et gravité comparées des deux interventions

Par conséquent, si l'on devait ne considérer que l'utilité de la conservation du col, au point de vue de l'avenir de ce dernier, la totale n'aurait plus que de partisans.

Mais c'est là qu'intervient le second point de vue à étudier : celui de la *difficulté et de la gravité plus grandes de la totale*. Cette proposition a toujours eu la valeur d'un postulat, et il peut certainement paraître insolite de la voir mettre en doute.

Cependant, non seulement nous la mettrons en doute, mais encore les faits que nous apportons tendent à prouver le contraire, à savoir que la totale est une opération *aussi bénigne* et *presque aussi facile* que la subtotale. Mais auparavant nous voulons préciser une chose : c'est qu'il faut bien nettement établir *en quoi consistent les difficultés et la gravité de la totale, comparées à celles de la subtotale.*

a) Difficultés.

On admet communément que la subtotale est une opération facile, et la totale une opération difficile. Or toute hystérectomie abdominale peut être extrêmement ardue, pour une foule de raisons, telles que les suivantes : adhérences des annexes, volume d'un fibrome, obésité, mauvaise anesthésie, etc... Ce qu'il faut dire, c'est que les difficultés de cet ordre sont les mêmes

dans les deux cas, et que le seul point de comparaison à retenir est, d'un côté : *la simplicité de la ligature des utérines* et de *la section de l'isthme utérin*, de l'autre la difficulté de *lier les artères assez bas et en assez bonne place pour assurer l'hémostase* ; de *sectionner convenablement le vagin ;* de *ne pas blesser les uretères, et tout cela sans contaminer le champ opératoire*, par le temps très septique de l'ouverture du vagin

De toutes ces difficultés, la plus grande est certainement *d'assurer l'hémostase*. C'est l'avis de tous les opérateurs, et c'est le souci qui apparaît le plus chez tous les auteurs. L'hémorragie, voilà le véritable danger ; c'est un danger en soi : hémorragie pendant l'opération, hémorragie post-opératoire, nécessitant des tamponnements le soir de l'intervention, hémorragies tardives, etc..., et c'est un danger qui se complique de tous les autres, par les difficultés matérielles auxquelles il donne lieu. C'est donc le plus grand obstacle auquel se heurte le chirurgien, et qui souvent le fait renoncer à l'ablation totale de l'utérus, qui serait dans bien des cas, de son propre aveu, l'opération de choix. Or, ce qui frappe dans la littérature de la totale, c'est la précarité des moyens proposés pour assurer cette hémostase, et le peu de différence entre celle-ci, et celle employée dans la subtotale.

Il nous paraît inutile et fastidieux de passer en revue toutes les techniques publiées jusqu'à ce jour. En effet, elles se ramènent en dernière analyse à deux types principaux : la *technique de M. Walther*, et la *technique ancienne de M. Gosset.*

a) *Technique de M. Walther.*

Celle-ci est détaillée au maximum dans la thèse d'Escudié (Paris, 1919).

Elle est caractérisée par les temps suivants :

On coupe l'utérine *au niveau de l'isthme,* donc *au même point que pour une subtotale ;* puis on *décortique aux ciseaux le col utérin dans toute sa hauteur,* afin de sectionner le vagin le long de son insertion utérine, point d'élection. Enfin, on lie l'utérine en passant le fil dans l'angle du vagin ; on la soude ainsi à ce dernier, *ce qui efface toute la zone décortiquée entre l'artère et lui.* M. Walther dénomme cette zone le « *triangle de ligature* » *de l'utérine.* Or cet effacement ne suffit certainement pas pour assurer une hémostase parfaite, puisqu'il prévoit le pincement, dans l'aire de ce triangle, de *quelques artérioles à lier isolément.*

b) *Technique ancienne de M. Gosset.*

Celle ci a été exposée dans le *Journal de Chirurgie* de juillet 1909, à propos du traitement des annexites suppurées. L'auteur y faisait ressortir en particulier les avantages du drainage vaginal et du cloisonnement vésico-colique, pour la péritonisation.

Il avait d'ailleurs à ce propos, antérieurement inspiré la thèse de Mourlhon (Paris, 1904) et celle de Parrical de Chamart (Paris, 1908). Il assurait l'hémostase par une seule pince, prenant obliquement les vaisseaux, et atteignant par son extrémité le cul-de-sac latéral du dôme vaginal. L'auteur écrivait (en 1909) : « Vous lierez

ainsi à la fois, non seulement l'utérine proprement dite, mais encore les branches descendantes, cervico-vaginale et vaginale supérieure. Et, comme résultat forcé, vous pourrez sectionner *à blanc* toute la partie supérieure du vagin ».

Il avait donc bien la notion de la nécessité de lier les branches de l'utérine destinées au col et au dôme vaginal.

A la même époque, M. Desmarest et Descomps, alors prosecteurs — avaient conclu de recherches anatomiques pratiquées à Clamart, qu'il était indispensable, pour faire une totale, de lier ces vaisseaux de *préférence isolément*. Mais cette remarque, pourtant essentielle paraît avoir passé inaperçue des auteurs qui, par la suite, ont repris l'étude de la question.

En effet, les autres publications ne sont guère que des variantes de ces deux techniques, dont un point de détail peut être parfois à retenir, mais dont la plupart sont trop abrégées pour être suivies au pied de la lettre sans s'exposer à un imprévu considérable. C'est ainsi, par exemple, que M. Dartigues, dans la *Presse Médicale*, donne quelques dessins et quelques directives, mais ne parle pas du tout de l'hémostase.

Villandre et Ledoux, dans la thèse de ce dernier, se contentent d'une ligature basse de l'utérine, qu'ils amarrent ensuite à l'angle vaginal, suivant presque mot à mot la technique de M. Walther.

Dans la *Technique Chirurgicale* de M. Marion, on apprend simplement qu'il faut lier l'utérine plus bas que pour une subtotale. La crainte de l'hémorragie

apparaît tout le long de l'article, comme le montre cette phrase :

« Par suite de certaines branches artérielles qui viennent au vagin de l'utérine avant le point où elle est liée, la tranche vaginale saigne en effet toujours ».

On ne peut s'empêcher de relever la contradiction avec ce qu'écrivait M. Gosset en 1909 sur la possibilité de sectionner le vagin *à blanc*. Il y a bien là un point qui manque de précision, et qui marque un certain flottement dans la technique de la totale. Or ce point est justement, comme nous le verrons, celui dont l'étude est l'objet principal de notre travail.

C'est également celui sur lequel M. Gosset a le plus sensiblement modifié sa technique première dans l'article qu'il a publié l'an dernier en collaboration avec M. le Pr Milianitch, dans le premier numéro des *Annales de Médecine et de Chirurgie* (hiver 1927-1928).

Cette nouvelle technique de M. Gosset se rapproche très sensiblement de celle que nous décrivons, par l'emploi d'une pince destinée à l'hémostase des vaisseaux qui se rendent au dôme vaginal. Mais l'article est excessivement bref, il n'envisage que les fibromes, et il ne précise pas quelques points très importants, tels par exemple la manière de procéder à la ligature de ce pédicule vaginal supérieur, une fois pincé. Une critique très serrée en a été faite à la *Société de Chirurgie* de Marseille par M. Aubert, qui l'a repris point par point, en la comparant à sa propre façon de faire, et l'a présenté — avec une ironie peut-être excessive — plein de lacunes et d'imprécisions.

En tous cas la notion à retenir est la suivante : que la principale difficulté de la totale, c'est l'hémostase. Quant aux autres, elles sont plus accessoires. En particulier, les moyens d'éviter de blesser l'uretère sont, dans l'ensemble, assez étudiés. Cependant cette crainte de l'uretère nous paraît excessive chez presque tous les auteurs. On tire des lectures l'impression qu'autant on se trouve en sécurité pour la subtotale, autant on doit le redouter dans la totale. On a même parfois le sentiment que par crainte de blesser l'uretère, avec la pince à utérine, il vaut presque mieux lui sacrifier l'hémostase en mettant la pince plutôt trop haut qu'en bonne place. Nos radiographies montreront ce qu'il faut penser de cette terreur exagérée de l'uretère.

b) Gravité.

Si nous voulons juger de la gravité comparée de la totale et de la subtotale, nous nous trouvons aux prises avec les plus grandes causes d'erreur dans l'interprétation des faits et des statistiques.

Il faut en effet tenir compte de plusieurs éléments :

1° *La gravité clinique des cas opérés est différente* : la totale est certainement défavorisée à ce point de vue, car la subtotale ayant la réputation d'être plus bénigne, on a forcément tendance à lui reserver les cas les plus bénins ;

2° Il faudrait toujours pouvoir discriminer les causes des complications ou de la mort.

En toute justice, on ne devrait tenir compte, à ce point de vue, que des conséquences des temps opéra-

toires qui différencient les deux interventions. Sans ce triage, il est injuste de reprocher, par exemple, à la totale — au bénéfice de la subtotale — une mort par congestion pulmonaire, par ictère chloroformique, ou par hémorragie d'un pédicule utéro-ovarien. Or ce triage est pratiquement impossible, et quand il serait faisable, dans quelle mesure la bonne ou la mauvaise foi de l'auteur — même involontaire — ne donnerait-elle pas le coup de pouce nécessaire pour faire triompher sa foi ?

3° Tous les chirurgiens font quotidiennement des subtotales ; combien, au contraire, ont la même expérience de la totale ? D'autre part, n'est-il pas vrai qu'ils la réservent aux cas graves ou dangereux, tels que les métrites très infectées ou suspectes de cancer au début ?

Il est donc artificiel et illogique de comparer des choses qui ne sont, au fond, pas comparables, même entre les mêmes mains.

Il est donc plus sage, en dernier recours, de faire confiance aux chirurgiens qui ont une grande expérience de la totale, et qui la pratiquent systématiquement. Or il est remarquable de constater que M. Walther, par exemple, nous donne des chiffres de mortalité à peu près identiques pour la totale que pour la subtotale. Ces chiffres sont par ailleurs presque les mêmes que ceux de M. Wiart. Ils sont supérieurs à ceux de M. Villandre ; mais ce dernier laisse entendre que la totale est, entre ses mains, d'une bénignité qui nous a d'autant plus surpris que nous avons vainement cherché à déterminer en quoi sa technique était une amélioration de celle de M. Walther.

En résumé : *la totale est une opération meilleure que la subtotale au point de vue essentiel de la qualité de la guérison*. Par contre, elle a *la réputation — à tort ou à raison — d'être infiniment plus difficile et plus grave.*

C'est là la double notion que nous nous sommes donné pour tâche de combattre.

Auparavant, il ne nous paraît pas inutile de rappeler les efforts de quelques chirurgiens pour donner — par une sorte d'opération mixte — certaines des garanties de la totale, tout en ne faisant qu'une subtotale.

Le principe — dû à Chaput — en est l'*évidement du col*, par lequel on élargit la subtotale, en supprimant la muqueuse endo-cervicale, et en agrandissant l'orifice du col, soit au thermo-cautère, soit au bistouri, soit aux ciseaux. C'est ainsi, par exemple, que sous le nom d'hystérectomie subtotototale, notre maître M. le professeur agrégé Desmarest (*Journal de Chirurgie* d'avril 1927) réalise à la pointe des ciseaux, sans recoupe du col, le maximum de ce qu'on peut attendre de cette conception.

Ces diverses méthodes peuvent permettre, dans les cas septiques, un drainage suffisant, à condition d'agrandir, suivant les besoins, l'orifice du col.

Le reproche le plus important que l'on peut faire aux subtotales ainsi élargies est de ne pas supprimer la muqueuse du museau de tanche. On réservera donc ces opérations aux cas où l'on voudra donner à l'opérée plus de garanties que par une simple subtotale, et où la totale sera rendue trop difficile pour une raison contingente, telle qu'une mauvaise anesthésie ou l'obésité de la malade.

CHAPITRE II

—

L'ARTÈRE CERVICO-VAGINALE EST LA VÉRITABLE ARTÈRE DU COL UTÉRIN

———

La valeur de la technique qui fait l'objet de ce travail est avant tout clinique, puisqu'elle repose surtout sur le grand nombre des observations que nous apportons. Il fallait cependant l'étudier sur des bases anatomiques.

Il était donc normal, sachant que l'hémostase était le temps essentiel de l'opération, que nous fassions porter nos investigations, avant tout et par dessus tout, sur l'étude des vaisseaux.

Or, nous avons dit que M. Wiart utilisait, en plus d'une pince de J. L. Faure, destinée à l'utérine, une seconde pince disposée verticalement, en dedans de la précédente, d'une façon que nous aurons tout le loisir d'étudier. Il obtenait ainsi une hémostase parfaite, dont il avait toujours attribué le succès — à juste titre — à cette pince verticale.

Nos recherches anatomiques devaient donc se pré-

ciser à étudier le rôle de cette pince ; autrement dit, à rechercher — sur des préparations anatomiques spéciales — quels étaient les organes vasculaires dont elle assurait la ligature.

Or nous croyons être parvenu de la façon la plus évidente, à mettre son rôle en lumière. Pour cela, nous avons injecté au lipiodol des artères utérines, et nous les avons radiographiées avant et après la mise en place des pinces, disposées exactement comme au cours de l'opération.

Ces recherches ont d'ailleurs fait l'objet d'une communication à la Société d'Anatomie en date du 6 juin 1929 ; où nous avons présenté quelques clichés.

Pour réaliser ces préparations, il nous a suffi de prélever sur quelques cadavres, en bloc, tous les viscères pelviens : utérus et ses annexes : vagin, vessie, rectum, et tout le tissu cellulaire : en rasant aux ciseaux les parois pelviennes. Sur cette pièce nous avons lié les pédicules utéro-ovariens et les ligaments ronds, et recherché la section des artères utérines en nous repérant sur celle de l'uretère, toujours facile à trouver. Nous avons alors injecté les artères au lipiodol ; de plus, sur certaines préparations nous avons également injecté les uretères par l'intermédiaire de sondes urétérales couramment utilisées en cystoscopie.

Après la prise d'un premier cliché, et sans attendre les résultats du développement, nous avons coupé le ligament large, placé une pince à utérine ; sectionné le pédicule utérin au-dessus d'elle, et mis une pince verticale, le tout exactement comme au cours de l'inter-

vention ; puis nous avons pris un second cliché. Nous avons ainsi obtenu des résultats tout à fait satisfaisants.

Nous ne pouvons matériellement donner ici que les plus réussies de nos épreuves, mais elles sont toutes également démonstratives.

Au point de vue qui nous a intéressé, cette méthode nous a paru bien préférable à la dissection. En effet, celle-ci modifie nécessairement les rapports, tandis qu'avec des radiographies comme les nôtres, aucune erreur d'interprétation ne nous paraît possible. Aucune discussion non plus, car les constatations que nous avons faites, le lecteur peut les faire aussi bien que nous-même, à la seule lecture des clichés reproduits ici (1).

Sur la figure n° 1, les deux artères utérines sont injectées. La pression de l'injection a été inégale des deux côtés ; aussi l'une des moitiés de l'utérus est beaucoup plus teintée que l'autre, qui est par contre plus nette.

On peut aisément vérifier par là la notion classique de l'indépendance vasculaire totale des deux moitiés de l'utérus ; de même qu'on suit les anastomoses avec le pédicule utéro-ovarien ; que l'on constate la pénétration en vrille dans le corps utérin des artères qui lui sont destinées, etc...

---

(1) On trouve dans la thèse de M. Fredet des radios semblables, obtenues par des injections d'onguent mercuriel. Les images sont naturellement bien moins nettes que par le lipiodol, mais on y distingue cependant quelques détails intéressants.

Mais regardons surtout les artères qui vont au col. Ce qui saute aux yeux, c'est l'énorme collatérale de l'utérine, à peine deux fois plus petite qu'elle-même, qui s'en détache au niveau de sa crosse. Elle se dirige obliquement en bas et en dedans vers la région de l'insertion du vagin sur le col. *C'est l'artère cervico-vaginale*, qui nous est apparue comme beaucoup plus importante que nous ne nous attendions à la trouver.

Elle est noyée dans des *plexus veineux considérables*, qui remplissent la région. On voit en effet sur la figure n° 2 une injection veineuse bilatérale : superposons par la pensée les deux clichés, et l'on verra dans quels lacis veineux l'artère cervico-vaginale se trouve englobée.

Du côté où l'injection a le mieux rempli la veine utérine, on voit que celle-ci se bifurque, le tronc supérieur prenant la direction des bords de l'utérus et le tronc inférieur celle de la cervico vaginale. Or ces deux artères sont accompagnées de veines satellites d'égale importance.

La notion anatomique fondamentale qui se dégage de ces radios est donc l'importance considérable de l'artère cervico-vaginale. C'est la véritable *artère du col utérin*, car les autres collatérales de l'utérine destinées au col — et parallèles à celle-ci — ne sont que d'infimes ramuscules de l'épaisseur d'un cheveu, et ne supportent pas la comparaison avec elle.

On lit cependant dans les conclusions de la thèse de M. Fredet :

« L'utérine émet pour le col et la partie supérieure du

Fig. I. — **Utérus normal**

Injection au lipiodol des deux artères utérines

vagin ainsi que pour la vessie, des branches longues, nées loin de l'utérus.

La ligature du tronc seul de l'utérine près de l'utérus, laisse perméables ces branches, qui peuvent être volumineuses.

On n'est sûr d'avoir lié toute l'utérine qu'à la condition de lier le tronc et les branches longues cervico-vaginales. Il faut donc lier le tronc utérin avant qu'il ne les ait fournies, c'est-à-dire loin de l'utérus, ou prendre en masse le tronc et les branches avec la portion utérine du pédicule utéro-vaginal, près de l'utérus ».

Cet auteur n'avait donc pas vu l'artère cervico-vaginale comme un gros tronc, unique, ou double, mais comme un groupe de branches mal déterminées. M. Rieffel, au contraire, l'a vue beaucoup plus conforme à nos radiographies (1).

Nous n'insisterons donc jamais assez sur l'importance de cette artère, et sur son aspect de gros vaisseau isolé, se ramifiant après un ou deux centimètres seulement, ou se bifurquant parfois plus précocement.

Il est bien évident que la connaissance précise de cette artère, et des moyens d'en assurer l'hémostase, sont indispensables si l'on veut enlever le col utérin,

---

(1) « C'est la branche principale, parfois si forte qu'on l'a considérée comme branche de bifurcation. Elle naît, en général, immédiatement en dedans du point d'entrecroisement de l'utérine et de l'uretère, se porte sur les côtés du col et du cul-de-sac latéral du vagin et se résoud plus ou moins vite en branches qui vont au col, à la paroi antérieure du vagin et au bas-fond vésical. Souvent, il n'y a pas un mais deux troncs cervico-vaginaux qui se divisent rapidement pour aborder le col et le vagin » (in : Poirier).

Fig. II. — **Utérus normal**

Injection au lipiodol :

a) d'un côté, de la veine utérine ;

b) de l'autre, d'une veine appartenant vraisemblablement aux plexus de la base du ligament large.

auquel elle est destinée. L'existence des énormes plexus veineux qui l'accompagnent ne fait qu'augmenter cette nécessité. Il est d'ailleurs possible que ce soient précisément ces veines, qui, par leur nombre et leur volume, aient jusqu'à présent masqué, à la dissection, dans une certaine mesure, l'aspect véritable de l'artère, et son importance — rendue tellement évidente — par nos lipioradiographies.

Quoi qu'il en soit, si nous avions l'autorité suffisante en la matière, nous n'hésiterions pas à proposer d'appeler désormais l'artère cervico-vaginale : *artère du col utérin*. Nous avons déjà longuement insisté sur ce point dans notre communication à la Société d'Anatomie. Cette dénomination serait peut-être moins foncièrement exacte, mais elle aurait l'énorme avantage de mettre en lumière la nécessité de la lier pour pratiquer l'ablation du col. Elle aurait, par contre, l'inconvénient de mettre au second plan les branches destinées au dôme vaginal. Or ces branches existent, puisque la section du vagin saigne, et puisqu'elle ne saigne pas lorsqu'on pince la cervico vaginale. En tous cas, ses branches vaginales sont infiniment moins importantes que les branches cervicales, ainsi qu'il ressort avec évidence de nos radios. En particulier, sur la figure n° 1, la presque totalité de l'artère cervico-vaginale se rend au col utérin, et les branches vaginales n'apparaissent que comme infiniment petites.

Une seconde constatation, presque aussi importante que la connaissance de l'artère du col utérin, s'impose à l'examen des figures III et V. Elle concerne les rap-

Fig. III. — **Utérus fibromateux**

Injection d'une artère utérine et de l'uretère (le lipiodol est contenu dans une sonde uretérale).

ports de l'artère utérine avec l'uretère, et fait apparaître des différences notables avec les conceptions classiques, et universellement enseignées.

On a beaucoup écrit, en effet, sur le croisement de l'uretère et de l'utérine, et l'on montre en général les deux organes au contact ; l'uretère étant parfois enserré dans les boucles artérielles, ou amarré à elles par les rameaux qu'il en reçoit. Nous ne voyons rien de semblable ; au contraire la « région du croisement » nous semble devoir être interprétée de la façon suivante : l'artère n'est véritablement en rapports étroits avec l'uretère que *le long des parois pelviennes*. Là, les deux organes se présentent presque comme deux éléments d'un même pédicule : ainsi, par exemple, c'est toujours en nous repérant sur l'uretère que nous avons pu trouver l'artère sur les pièces. Par contre, deux centimètres environ avant la zone classique de croisement, ils commencent à diverger, et cette divergence ne fait que s'accuser, l'artère décrivant sa crosse ascendante, et l'uretère se dirigeant vers la vessie.

De plus, dans ce trajet, la direction de l'uretère forme un angle droit avec celle de l'artère cervico-vaginale (Nous verrons plus loin l'intérêt de cette remarque).

Entendons-nous bien : il est exact que l'uretère croise l'artère utérine, mais ce croisement se produit *à distance* et *dans deux plans différents de l'espace*.

De plus, c'est précisément au point où l'on enseigne que les deux organes qui se sont déjà croisés en haut de la paroi pelvienne, sous le bord postérieur de la fos-

Fig. IV. — *Même pièce que sur la fig. 3* (Les pinces ont été mises en place)

sette ovarienne, se recroisent à nouveau dans la base du ligament large, qu'ils commencent en réalité à s'éloigner l'un de l'autre. Le croisement *au contact* a donc bien des chances d'être en réalité un effet de la dissection, soit lorsqu'on prépare une pièce anatomique, soit lorsqu'on lie l'utérine après libération de l'uretère, au cours de l'opération de Wertheim.

Quoi qu'il en soit, ces rapports urétéraux sont essentiels à considérer, si l'on veut se débarrasser de la hantise de l'uretère, qu'ont beaucoup d'opérateurs et qui fait tant de tort à l'hystérectomie totale. En effet, l'uretère n'est pas un danger aussi grand qu'on le croit, et le minimum d adresse et de précaution est suffisant pour éviter de le blesser au cours de la totale.

Ainsi deux enseignements essentiels nous ont paru pouvoir être tirés de nos lipioradiographies :

L'importance de l'artère cervico-vaginale et le peu de danger des rapports de l'utérine avec l'uretère.

Tout le secret de la totale tient dans cette double constatation, mais surtout dans la première. Car nous savons qu'aucune des techniques classiques de totale n'a fait sa place à *l'hémostase isolée de l'artère cervico-vaginale*, c'est-à-dire de la véritable *artère du col utérin*. La plupart, au contraire, passent sous silence cette ligature ; ou ne prévoient que la ligature d'artères qui viendraient à saigner après leur section. Or, lorsque nous avons compris cette nécessité, il devenait évident que la *pince verticale de M. Wiart* (1) *devait prendre l'artère cer-*

(1) De même que celle de MM. Gosset et Milianitch.

Fig. V. — **Utérus scléreux** (*Femme de 71 ans*)

Remarquer l'athérome artériel et l'absence d'artère cervico-vaginale vraie.

vico-vaginale. Et c'est ce qui saute aux yeux sur la fig. 4.

Cette figure suffit à elle seule à synthétiser tout notre travail ; elle a la valeur du fameux croquis, qui en dit plus long que le plus long discours.

Aussi nous dispense-t-elle d'insister, et de nous appesantir sur un mode d'action clair comme le jour ; de même que sur la façon dont la pince doit théoriquement être placée par rapport à la pince à utérine. Il suffit de regarder l'image.

Cependant un point mérite d'être souligné, c'est qu'il est évident que la pince verticale, perpendiculaire à l'artère du col, *ne peut pas être également perpendiculaire à l'uretère*, qui forme un angle droit avec celle-ci. Elle est donc nécessairement *inoffensive pour l'uretère*, qu'elle ne pourrait tout au plus que raser longitudinalement au moment de sa fermeture.

Une objection peut cependant être faite : c'est que dans le cas particulier des figures 3 et 4, une seule pince placée obliquement pourrait hémostasier les deux artères.

D'abord, c'est faire une erreur grossière que de vouloir lier à la fois deux artères aussi volumineuses. Ensuite, que l'on se reporte à la figure I et l'on verra que dans cet autre cas, une seule pince oblique pourrait très bien ne pas saisir du tout l'artère cervico-vaginale, ou la saisir mal, tangentiellement, ce qui rendrait sa ligature difficile ou précaire. Seule la pince verticale, placée perpendiculairement à l'artère du col, est logique et sûre, et ceci pour la totalité des cas opérés. Elle est nécessaire et suffisante pour assurer l'hémostase, pierre angulaire de l'opération.

Fig. VI. — *Même pièce que sur la fig. 5*

Les pinces ont été mises en place. Remarquer, malgré l'absence d'une artère cervico-vaginale vraie, le nombre d'artérioles saisies par la pince verticale.

CHAPITRE III

—

TECHNIQUE

I. — Préliminaires

Il va de soi que nous passerons sous silence tous les temps préliminaires et initiaux (laparotomie, disposition des valves et des champs, etc), pour n'étudier que les temps spéciaux à la totale.

Nous noterons toutefois deux détails importants :

a) la nécessité d'*ioder avec soin la muqueuse vaginale, au début de l'anesthésie*, afin de limiter le plus possible les chances d'infection, au moment critique de l'ouverture du vagin.

b) l'utilité de *lier les quatre pédicules supérieurs le plus près possible de la pièce à enlever*, afin de se réserver le maximum d'étoffe pour péritoniser, et *ceci dès le début de l'opération*, afin de ne pas s'encombrer de pinces inutiles.

II. — Temps spéciaux à la totale

a) *Section du péritoine antérieur et refoulement de la vessie.*

On sectionne le péritoine anté-utérin aux ciseaux, à la limite supérieure de la zone décollable, limite indiquée par une traînée blanchâtre. Dès que la section est complète, c'est-à-dire dès qu'elle a réuni les deux tranches des ligaments ronds, on décolle à la compresse, tout le plan de clivage inter-vésico-utérin (Fig. 7). Il ne faut pas s'alarmer des hémorragies veineuses qui peuvent se produire à ce moment, et ceci d'autant plus qu'on approche des bords, ou du bas. Au contraire, il faut pousser le décollement le plus loin possible, jusque sur le vagin, et très-sensiblement au-delà de la saillie du col, que le doigt perçoit aisément au travers de la paroi antérieure du vagin. Pour réaliser convenablement ce décollement, deux conditions sont indispensables : la vessie doit être vide, et l'utérus doit être énergiquement attiré en haut de la main gauche. Tous les auteurs ont à juste titre insisté sur ce décollement. Nous dirons plus : c'est qu'il faut le considérer comme un temps essentiel celui d'où va dépendre tout le reste de l'intervention. C'est lui qui permet en effet :

1° *De dégager convenablement les artères utérines.*

On complète ce dégagement en essuyant doucement à la compresse, de haut en bas, les bords de l'utérus, sans tenir compte des hémorragies veineuses qui peuvent se

produire le long du pédicule. Pour les tarir, il suffit d'attirer l'utérus vers le haut, en le basculant du côté opposé.

2° *De protéger le plus efficacement les uretères.*

En effet le refoulement de la vessie entraîne les uretères vers le bas, les mettant à l'abri, tandis que la traction sur le fond utérin tend à extérioriser la zone des ligatures et le niveau de la section vaginale. Les uretères d'ailleurs, ne sont pas vus — et ne doivent pas être vus, — au cours de cette manœuvre.

Lorsque ce décollement est jugé suffisant tant en avant que sur les côtés, il est bon de tasser une ou deux compresses contre la face postérieure de la vessie. Ces compresses vont la maintenir et la protéger; en même temps qu'elles auront sur la surface décollée un effet hémostatique. Le bord libre du péritoine anté-utérin sectionné retombe sur ces compresses en les fixant en bonne place. Nous devons préciser que ce décollement utéro-vésical doit *précéder et non suivre le temps de ligature des utérines.* Il doit précéder ce temps, puisqu'il le prépare, et qu'il est seul capable de rendre cette ligature facile à exécuter en bonne place, et inoffensive à coup sûr pour les uretères (1).

La figure 7 b) montre le décollement terminé.

b) *Protection du rectum.*

Il est bon, dès ce moment, de protéger le rectum en

(1) Comme le fait remarquer M. Aubert, l'article de Gosset et Millianitch est assez imprécis sur ce point.

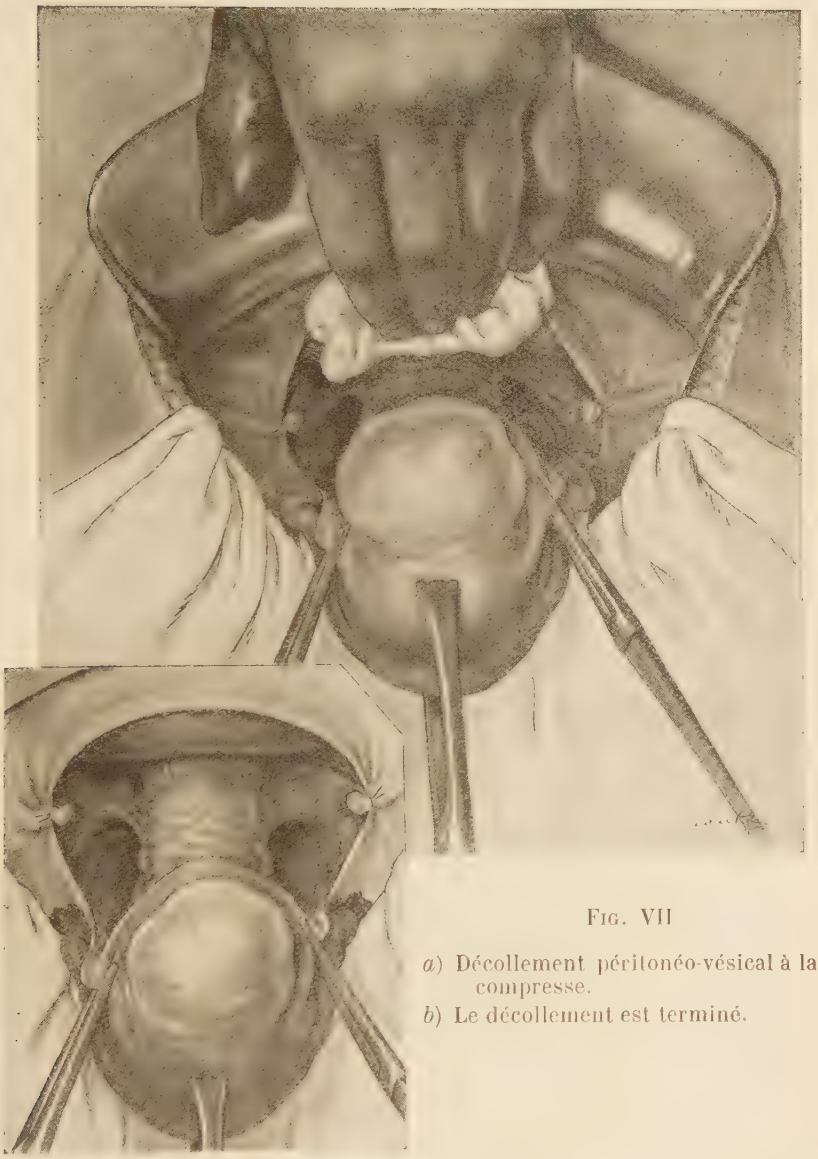

Fig. VII

a) Décollement péritonéo-vésical à la compresse.

b) Le décollement est terminé.

tapissant le Douglas avec un champ abdominal, convenablement plié à cet effet. Ce champ joint à l'effet protecteur, celui d'augmenter par sa blancheur, la luminosité du fond du bassin.

c) *Pincement des utérines.*

Les utérines sont alors saisies par une pince de J. L. Faure, dont les becs doivent au moment du serrage, ne pas quitter le contact du bord du col utérin. Ces pinces sont placées à 1 cm. 5 environ au-dessous de l'isthme, donc *nettement plus bas que pour une subtotale* (fig. 8). Elles doivent être bien *perpendiculaires à l'utérus*, et bien symétriques, dans la mesure où des lésions par trop basses ne viendraient pas rendre cette symétrie impossible à réaliser entièrement.

Les deux utérines étant prises, toutes les pinces restées sur la pièce, au niveau des pédicules supérieurs, deviennent inutiles et sont enlevées. On peut dans le même but se débarrasser d'un coup de ciseaux d'annexes encombrantes. Car on aura besoin de toutes ses aises sur les bords de l'utérus.

On sectionne alors aux ciseaux le pédicule utérin, à 2 mm. environ du bord supérieur de la pince. Cette section va entamer de 1 à 2 mm. le bord de l'utérus, au-dessus du bec de la pince.

Si, à ce moment, on attire en dehors la pince de J. L. Faure, en maintenant l'utérus dans le sens opposé, on peut, grâce à la section qu'on vient de faire, écarter du bord de l'utérus l'extrémité de la pince. Cet écart est suffisant pour qu'on ait la place d'y insinuer les mors

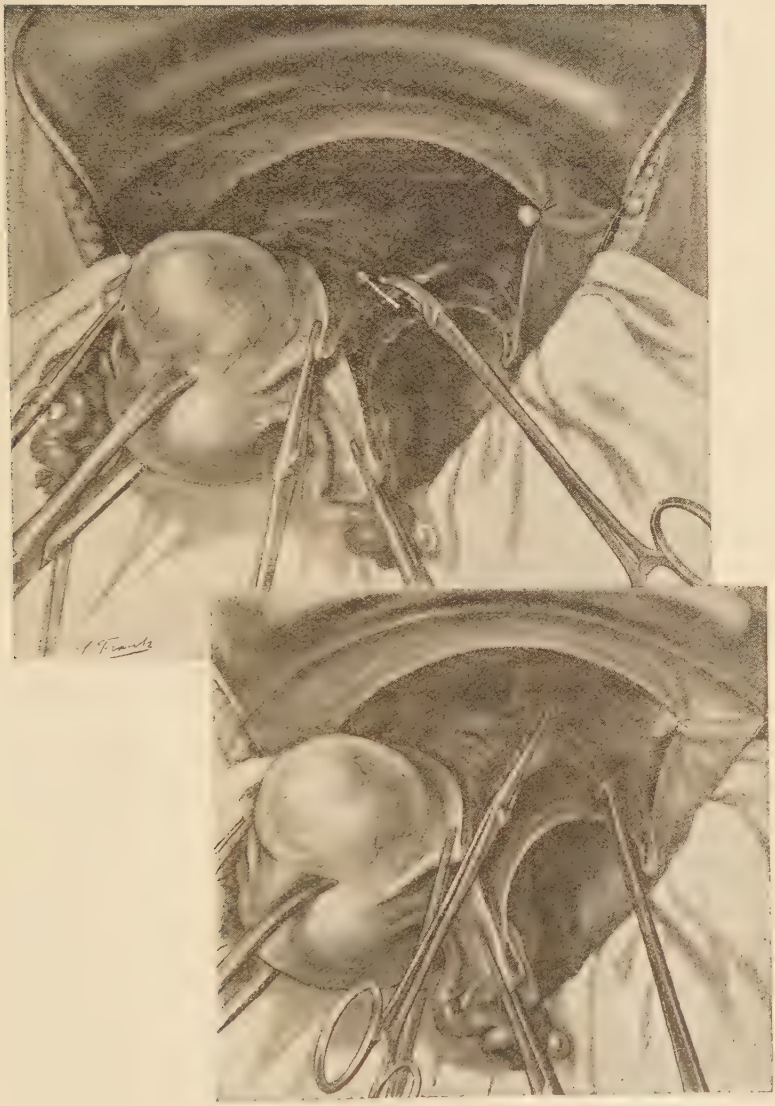

Fig. VIII

a) Section du pédicule utérin (pince de J.-L. Faure).

b) Mise en place de la pince verticale, sur le pédicule cervico vaginal. En pointillé, la ligne de section de ce pédicule.

d'une pince de Kocher. Cette remarque est capitale, car elle permet de comprendre et de réaliser le temps suivant.

d) *Mise en place des pinces verticales.*

C'est à ce moment que la technique de M. Wiart se différencie bien nettement des autres ; à l'exception de MM. Gosset et Milianitch, qui utilisent également une pince verticale.

Celle que nous utilisons spécialement pour la ligature de l'artère du col, est tout simplement une sorte de longue et forte pince de Kocher : elle porte parfois dans les catalogues le nom de pince de Péan ; mais nous n'employons pas ce terme pour éviter la confusion avec la pince de Péan courante.

Elle doit être placée perpendiculairement à la pince à utérine donc *bien verticale et parallèle au bord de l'utérus.* Il ne faut pas qu'elle quitte le contact du col utérin, une branche passant en avant et l'autre en arrière du plan vasculaire latéro-cervical (fig. 8-b).

Si l'on veut, comme sur la figure 8-b, que cette pince verticale saisisse *à coup sûr* l'artère cervico-vaginale, il faut à tout prix la faire descendre *exactement jusqu'au cul-de-sac vaginal latéro-cervical, plutôt un peu trop bas qu'un peu trop haut.* C'est à ce moment qu'on se rend compte de l'intérêt d'avoir poussé assez bas le décollement de la vessie. Si ce dernier a été correct, la pince vient en effet se placer d'elle-même en bonne position : c'est-à-dire que son bec arrive au niveau de la convexité du museau de tanche, que l'on doit sentir en totalité au travers de la paroi antérieure du vagin.

Cette pince ne risque pas de blesser l'uretère, car ce dernier est attiré en dehors, en bas et en avant :

a) en dehors. En effet, l'utérine est déjà sectionnée — en lieu sûr — et la pince qui l'attire en dehors attire également l'uretère, avec les parties molles refoulées ;

b) en bas et en avant. En effet, la terminaison de l'uretère est solidaire de la corne vésicale correspondante, et a suivi la vessie dans son décollement.

Tandis que l'uretère subit ce mouvement dans les trois directions de l'espace, la portion de la base du ligament large, où la pince va venir s'appliquer, est au contraire énergiquement attirée en haut et en arrière, de la main gauche, par la pince de Museux qui mord le fond de l'utérus.

On peut voir sur nos radiographies à quelle distance la pince verticale se trouve déjà de l'uretère, dans des pièces anatomiques, où l'utérus n'est pas attiré en haut et où le décollement de la vessie n'a pas été pratiqué. Or cette distance se trouve au cours des opérations facilement augmentée du double ou du triple ; la sécurité qui en résulte est donc quasi absolue.

e) *Section de la base du ligament large.*

On n'a pour cela qu'à suivre aux ciseaux le bord supérieur de la pince, jusqu'au dessus de son extrémité, mais *sans dépasser celle-ci.*

Ce temps, s'il est bien exécuté est parfaitement sûr, et exsangue. On peut, même, si l'on veut être tout à fait certain de sa prise, entamer légèrement le bord utérin.

Pendant cette section, on remarquera que l'utérus

ascensionne considérablement, si bien que les pinces verticales du début finissent par retomber de part et d'autre et se coucher sur les pinces de J. L. Faure.

Il peut arriver à ce moment, que l'on se rende compte, à ses dépens, de l'utilité de la pince verticale. C'est lorsqu'elle « lâche ». La chose peut arriver si la pince est mauvaise ou usagée ; si elle est mal placée ou insuffisamment serrée ; si les tissus sont spécialement gras et glissants ; si la section du ligament large passe trop au ras de l'instrument, etc... Peu importe cette cause accidentelle ; supposons que la pince ait ainsi dérapé ou encore, ce qui aurait un résultat identique, que le catgut casse pendant le serrage du nœud, et après l'enlèvement de la pince. Il arrive alors, instantanément, que toute la base du ligament large s'étale et saigne. On distingue mal si l'hémorragie se produit en surface, par les veines, ou par jets artériels ; toujours est-il que le champ opératoire se trouve noyé, et que l'on a le plus grand mal à y voir clair et à se rendre maître de la situation.

Le tamponnement ne suffit pas à assurer l'hémostase, car ce sont de véritables vaisseaux qui donnent : nous savons qu'il s'agit de la volumineuse artère cervico-vaginale, ou de ses branches. Or ces vaisseaux, attirés par leur élasticité propre et par leur continuité avec les vaisseaux utérins, se rétractent dans la profondeur de la surface cruentée.

On ne peut que les repêcher au petit bonheur, avec la pointe des pinces de Kocher, et l'on risque alors de saisir l'uretère dans la profondeur. En effet, le repère

protecteur du contact utérin est perdu, et la pince doit nécessairement, pour ramasser quelque chose, appuyer assez fort sur le fond de la région avant d'être fermée.

L'uretère peut également être compris — non dans la pince —, mais dans le nœud qui sera placé au-delà de son extrémité, et cela d'autant plus facilement qu'on aura davantage été amené à pédiculiser ce qu'elle aura saisi.

Enfin, même sans que l'uretère soit *pincé*, ou *noué*, il peut être *coudé* par le nœud, si celui-ci est exécuté trop près de lui.

Bref, cet incident opératoire, dont personne ne peut se dire à l'abri, ce simple dérapage d'une pince ou ce catgut cassé, fait perdre d'un seul coup tout le bénéfice de la technique. Autrement dit, il met l'opérateur dans la même situation que s'il avait sectionné l'artère cervico-vaginale — et ses veines — sans en avoir prévu la ligature. On a dans ce cas toute la mesure de l'*insécurité habituelle de la totale*, notion couramment répandue, mais *notion fausse* dès l'instant où l'on connaît le danger et où l'on a les moyens d'y parer.

M. Wiart, à ce propos, a le souvenir du cas suivant : Sa pince ayant un jour lâché, il eut toutes les peines du monde à repêcher les vaisseaux, et à faire l'hémostase. L'intervention fut néanmoins terminée normalement, et les suites immédiates ne faisaient rien prévoir de fâcheux. Cependant, le 11e jour, l'opérée signala qu'elle perdait de l'urine par le vagin ; le diagnostic de fistule urétérale fut alors fait et la malade fut examinée par un des assistants de M. le Dr Marion. Or, il put cathété-

riser l'uretère en cause, et ceci sans difficultés, ce qui prouvait qu'il ne pouvait s'agir d'autre chose que d'une lésion latérale et très minime, des parois du conduit et que d'une lésion de nécrose, puisque l'incident s'était produit tardivement. La malade guérit d'ailleurs parfaitement bien, sans nécessiter aucune intervention ultérieure. Nous n'avons malheureusement pas pu identifier l'observation, car l'incident n'avait pas été signalé dans le compte-rendu opératoire, ni à la suite de ce dernier, dans le registre des opérations du service. En tous cas M. Wiart se souvient de la chose avec la plus grande précision et la plus grande certitude, car il avait suivi ultérieurement cette femme en la revoyant régulièrement, et s'y était intéressé d'autant plus que cette fistule était le premier accident de ce genre — et le seul — qui lui était arrivé.

f) *Section du vagin.*

Ce temps est un peu plus délicat que les précédents. Entre autres difficultés, c'est *un temps septique*, et il est nécessaire de *réduire au minimum les dangers d'infection du champ opératoire par l'ouverture du vagin.*

Nous avons, dans ce but, *iodé le vagin* au début de l'anesthésie. On se protégera maintenant contre les liquides qui pourraient s'écouler, par quelques compresses montées sur une longue pince, et disposées dans le fond du Douglas. On pourra les retirer et les changer si besoin est.

L'essentiel sera d'ailleurs d'user de gestes précis, et à effets bien déterminés, de sorte que l'on n'ait pas à

s'y reprendre, et que l'on puisse écarter les instruments contaminés, sans avoir besoin de les reprendre pour s'en servir à nouveau.

En particulier, si la section est faite correctement, *c'est-à-dire d'une façon pratiquement exsangue* ; aucun tamponnement ni aucun essuyage ne sera nécessaire, et cela diminuera, dans des proportions considérables, les risques d'infection.

La section peut être faite *au bistouri*, ou aux ciseaux pourvu qu'elle soit *franchement horizontale*. Son niveau d'élection est classiquement l'insertion du vagin sur le col, car cette insertion est théoriquement dépourvue de vaisseaux.

Mais peu importe, car l'emploi des pinces verticales dispense de rechercher un plan naturellement exsangue : *il faut et il suffit que la section se passe dans un plan horizontal, situé à 1 ou 2 mm. au dessus de la ligne qui joint leurs deux extrémités.* Il faut donc qu'elles soient bien symétriques. A cette condition, on peut être sûr de couper le vagin *à blanc*, si toutefois les pinces ne sont pas insuffisamment enfoncées.

On commence par saisir le col avec une pince de Museux, puis on sectionne le cul-de-sac antérieur. Sitôt que l'orifice le permet, on saisit avec une seconde pince de Museux, la tranche vaginale antéro-inférieure. Puis, avec une compresse montée, l'aide va ioder le col et le fond du vagin.

On complète ensuite la section, de proche en proche. Ce qu'il ne faut *à aucun prix*, c'est *descendre au-dessous du plan passant par l'extrémité des pinces.* Si l'on s'égare

au-dessous de ce plan ; on quitte la *zône de protection des pinces verticales*, et l'on est immédiatement inondé de sang, provenant des artères vaginales, et dont on a le plus grand mal à tarir le flux.

La section de la paroi postérieure du vagin est la seule qui soit parfois malaisée, moins parce que le rectum est juste en arrière, que parce qu'on distingue mal les ligaments utéro-sacrés. Or il faut couper ceux-ci au ras de l'utérus, si l'on veut éviter qu'ils ne saignent.

Dès que la pièce est tombée dans la main, il faut saisir la lèvre vaginale postérieure avec une pince de Museux, comme on l'avait fait en avant.

Lorsque tous ces temps ont été exécutés de façon correcte, on n'a, à aucun moment, besoin de placer la moindre pince hémostatique.

Et même si quelques ramuscules vasculaires donnaient sur la tranche vaginale, il suffirait d'attendre la ligature de la cervico-vaginale, pour que ce suintement s'arrête net, ainsi que nous le verrons plus loin, par le simple étirement latéral du vagin.

g) *Ligatures.*

A) *Ligature de l'artère utérine.*

Celle-ci ne présente aucune difficulté. Il est prudent de l'appuyer en transfixiant le tissu cellulaire un peu au-dessous de la pointe de la pince de J. L. Faure.

B) *Ligature de l'artère cervico-vaginale.*

Le fil doit charger, avec l'artère, toute la base du ligament large, c'est-à-dire tout ce qui passe entre les mors

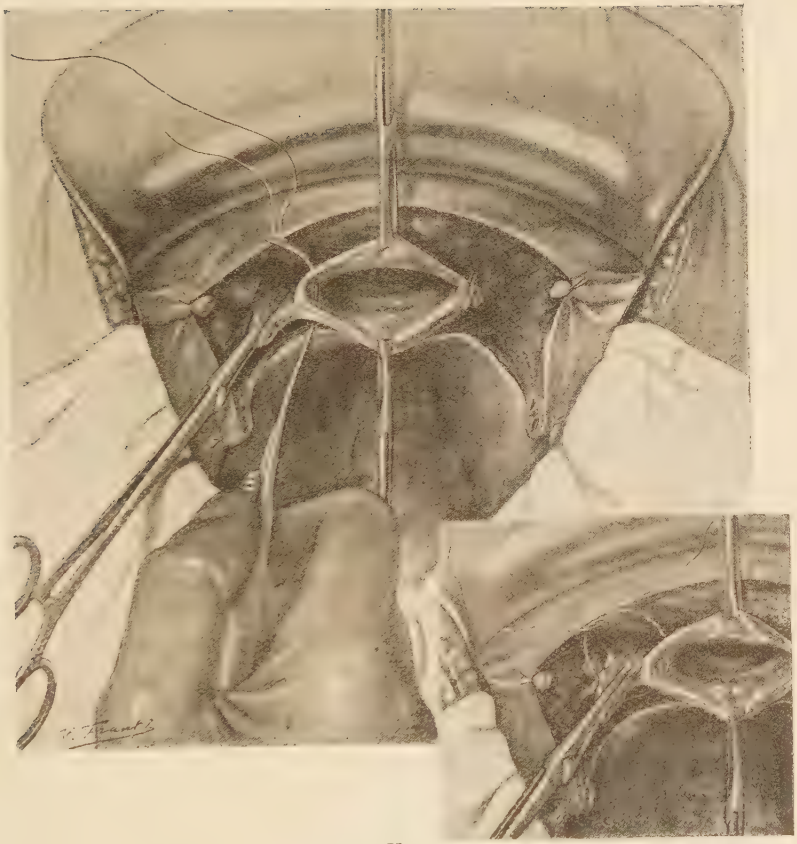

Fig. IX

a) Passage du fil de ligature du pédicule cervico-vaginal.
b) Serrage de ce fil.

de la pince verticale. Il s'agit d'éléments élastiques et sessiles et l'on risque, en relâchant la pince, de les voir se dérober et de serrer le nœud sur le vide. Aussi doit-on *amarrer cette ligature à l'angle vaginal*, afin de lui donner la solidité nécessaire. Du même coup, on hémostasie à coup sûr l'angle du vagin, qui est le point de la tranche de section le plus susceptible de suinter. Cette ligature soude au vagin un tissu cellulaire qui est normalement en rapports avec lui. Au contraire, dans la technique de M. Walther, on amarre l'artère utérine elle-même à l'angle du vagin. Mais est-ce un avantage — ou un danger — de suspendre ainsi le fond du vagin au moignon artériel. En tous cas, notre technique nous paraît plus sûre, plus logique, et plus facile, puisqu'on ne réunit pas dans une même ligature des tissus parfois distants de plusieurs centimètres et comprenant au moins deux artères volumineuses.

On saisit donc la pince verticale de la main gauche, et on présente l'angle vaginal à une aiguille courbe de Reverdin. Celle-ci, tenue de la main droite, va le transpercer, le fil passant en pleine lumière vaginale, à 5 mm. environ de l'angle latéral, figure 9. Ce fil est parfois un peu difficile à lier ; aussi avons-nous coutume pour cela d'utiliser à ce moment le petit crochet mousse, destiné à faciliter les ligatures profondes, que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie dans sa séance du 25 avril 1928, figure 10.

Lorsqu'on lie le second côté, on constate que le vagin se trouve étiré transversalement, car son angle est attiré en haut et en dehors. Ce mouvement est assez

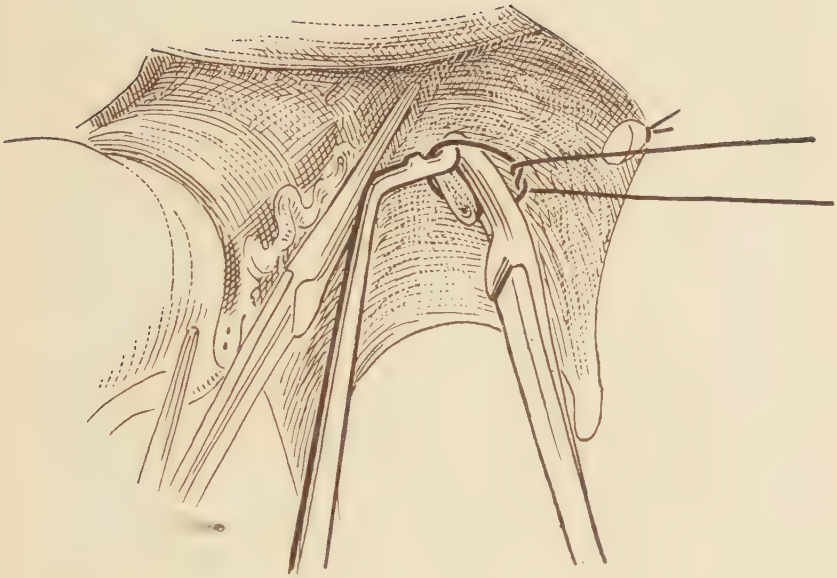

Fig. X. — **Notre crochet à ligatures profondes**

Ce dessin montre avec évidence comment le crochet peut maintenir l'anse du fil en bonne place, c'est-à-dire au-delà de l'extrémité des becs de la pince. Il permet par là de bien dégager celle-ci, en augmentant la saillie du pédicule qui se constitue. Aussi, lorsque la pince est malencontreusement prise dans le nœud, permet-il de repousser ce dernier en bonne place sans avoir besoin de le recommencer, comme il arrive fréquemment qu'on soit obligé de faire.

marqué, pour arrêter, comme par enchantement, en amincissant la paroi, tout le suintement qui peut encore se produire sur les tranches vaginales. Mais pour cela, il faut à tout prix avoir compris la muqueuse dans tous les points vaginaux. Il peut arriver en effet que celle-ci tende à se prolaber vers la vulve, en glissant sur la musculeuse. Dans ce cas il se produit des hémorragies entre les tuniques vaginales dont on a du mal à se rendre maître ; pour cela, il faut aller repêcher le bord de la muqueuse, glissée parfois très bas, et la fixer en arrière et en avant aux plans profonds.

h) *Péritonisation.*

Il est tout à fait inutile de fermer le fond du vagin ; personne en effet n'a jamais vu qu'il ne se soit pas cicatrisé tout seul ; il vaut donc mieux bénéficier du drainage sous-péritonéal naturel qu'il réalise. Par contre la péritonisation est tout à fait indispensable.

Nous ne voulons pas discuter ici les indications du drainage abdominal et du Mickulicz : nous les résumerons plus loin avec l'étude des indications opératoires particulières. Il faut péritoniser dans la plupart des cas, et sans fermer le vagin. Peu importe que l'on suture le péritoine à même sur le fond du vagin, ou bien par dessus une mèche ou une compresse dont l'extrémité sort par le vagin. Dans les cas franchement septiques on peut réaliser une suture colo-vésicale, par dessus un drain et des mèches vaginales. Personnellement, nous faisons l'impossible pour éviter de drainer l'abdomen par en haut. D'ailleurs, encore une fois,

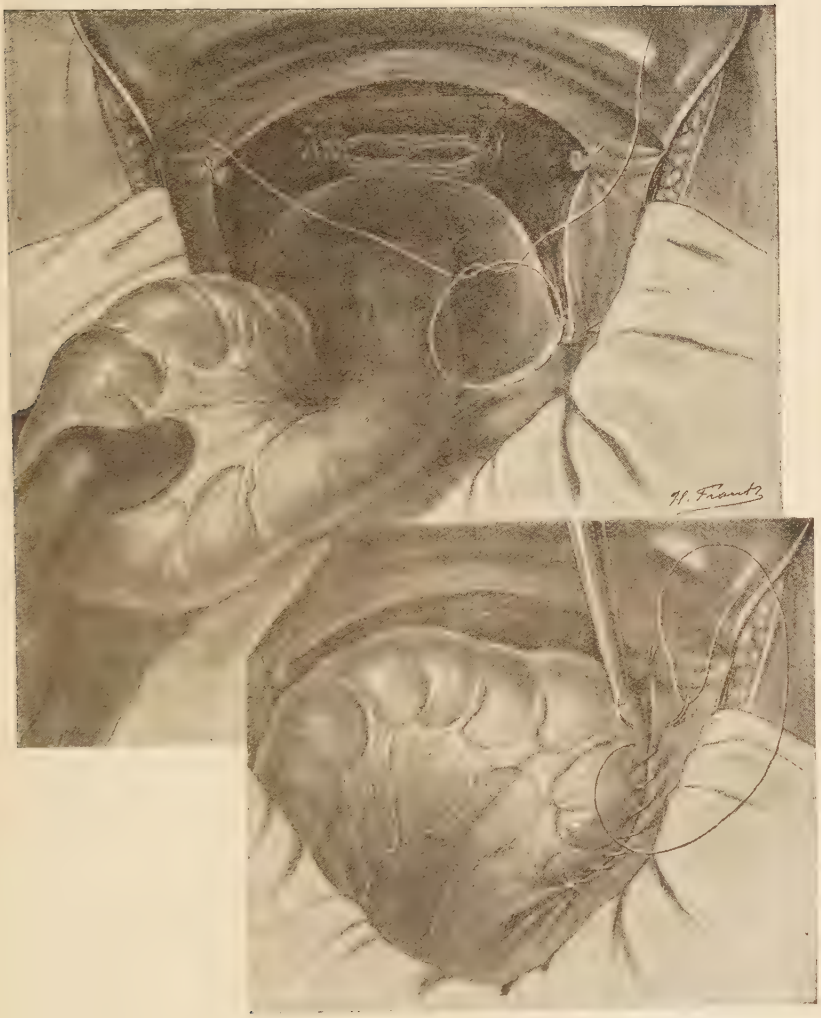

Fig. XI. — **Péritonisation vésico-colique**

Remarquer que celle-ci est commencée à droite, par l'occlusion de la gouttière latéro-colique droite.

peu importe l'intérêt de la technique n'est pas là.

Nous dirons peu de choses sur cette péritonisation, qui n'a rien que de banale, si ce n'est qu'il faut s'attacher à la réaliser aussi parfaite que possible.

A propos de la péritonisation colo-vésicale, nous insistons sur les détails représentés sur la figure 11.

En effet, si l'extrémité gauche de la suture est toujours facile à bien faire, il n'en est pas de même de la droite. On a tendance, en général, à commencer le surjet à gauche, au point où le colon ilio-pelvien passe au-dessus du pédicule utéro-ovarien. Mais pour peu que le colon soit court, on s'aperçoit, vers le milieu, que l'on n'a plus assez d'étoffe pour terminer, et l'on a tendance à étirer l'intestin, ou à le couder à contre-courant. Le plus grave est que souvent il persiste au niveau de la gouttière latéro-rectale droite un hiatus important — admettant facilement le doigt — et qui passe inaperçu parce qu'il est dissimulé par le colon lui-même. Il y a là un sérieux danger de contamination de la grande cavité péritonéale en cas de septicité, ou, inversement, de hernie d'une anse grêle.

Aussi faut-il, avant de commencer le surjet, mettre en place tout l'intestin qui, avec son méso, sera nécessaire pour assurer un cloisonnement étanche, sans qu'aucun point ne force ni ne tire. L'intestin est ainsi amené par *glissement* et sans *torsion*. Ensuite, on commencera le surjet par la droite, en faisant, comme point initial, une bourse qui fermera le fond de la gouttière latéro-rectale. On s'assure ainsi de pouvoir toujours terminer, sans éprouver la moindre difficulté au moment des derniers points.

Totalisation d'une subtotale

On peut être amené à totaliser une subtotale dans deux conditions absolument différentes :

a) Par laparotomie secondaire ;

b) A la fin de l'opération, lorsqu'après l'ablation du corps utérin, on se décide tout de même pour une totale.

a) *Laparotomie secondaire.* Cette éventualité est très théorique, et personnellement nous n'en connaissons pas d'exemple, nous avons vu sommairement pour quelles raisons, au cours du premier chapitre.

b) *Totalisation en fin d'opération.* Celle-ci a souvent pour cause des difficultés matérielles ; elle peut également résulter d'un changement de décision dans la conduite de l'opération.

En tous cas, la chose à ne pas faire est d'enlever le col, à la demande du tissu cervical que l'on rencontrera sous son bistouri ou dans ses ciseaux, pour pincer ensuite ce qui saignera.

Au contraire, il faut dans la mesure du possible reprendre la série des temps opératoires réguliers. Pour cela, on saisira le moignon cervical avec une pince de Museux, et on complètera le décollement de la vessie pour pouvoir en toute sécurité placer convenablement les pinces verticales sur les artères cervico-vaginales, l'utérine ayant nécessairement été déjà pincée et sectionnée.

On peut également procéder par *hémisection sagittale*

du col ; on saisit alors successivement les deux moitiés du museau de tanche, et on les attire dans l'abdomen pour les sectionner après pincement du pédicule que la traction a déterminé. Ce procédé est quelquefois plus facile, mais il est surtout bien plus septique que le précédent.

Suites opératoires

Celles-ci sont aussi simples que pour une subtotale. Les jours qui suivent, la plupart des opérées ne perdent même pas, et n'ont pas besoin d'injection. Cependant, lorsqu'on laisse une mèche dans le fond du vagin, il faut l'enlever vers le 6e jour.

Quand on a pratiqué un tamponnement du bassin, sous un cloisonnement vésico-colique, on enlève le drain le surlendemain et les mèches quelques jours plus tard, et progressivement. Plus on attend, plus elles viennent facilement. La malade perd pendant quelques jours — ou quelques semaines au plus — mais cette suppuration guérit toujours, à coup sûr, sans aucun ennui comparable à ceux que peut occasionner le drainage abdominal.

CHAPITRE IV

—

INDICATIONS PARTICULIÈRES

———

Le cas typique que nous avions en vue dans le précédent chapitre est celui d'un utérus et d'annexes peu malades.

Or nous avons maintenant à nous demander si l'opération, telle que nous l'avons décrite, est également valable pour tous les cas où se posent les indications de l'hystérectomie abdominale, tant au point de vue de la maladie causale en elle-même, qu'à celui des particularités anatomiques que cette maladie peut entraîner.

Puisqu'il est entendu que nous nous limitons aux indications courantes de l'hystérectomie abdominale, et que nous éliminons de ce fait, en particulier, le cancer du col, nous avons deux grandes catégories de faits à envisager :

l'hystérectomie pour fibrome ;
et *l'hystérectomie pour annexites.*

Nous verrons dans un troisième groupe de cas divers,

ce qu'il faut penser de certaines éventualités plus ou moins rares ou exceptionnelles.

Ce chapitre ne saurait être, évidemment, qu'un résumé très bref, car chacune des maladies dont nous serons amené à parler serait susceptible, à elle seule, de fournir la matière d'un travail — ou de plusieurs — aussi abondant que celui-ci.

1° Fibromes

Le cas type que nous avons décrit peut très bien être celui d'un fibrome de petit volume, comme celui qui a servi de modèle à M. Frantz pour ses dessins.

D'une façon générale, la technique ne varie guère suivant l'aspect, la taille, ou les rapports du fibrome. Toutefois des difficultés plus ou moins considérabtes peuvent résulter :

a) *Du volume de la tumeur.*

Il est tout à fait exceptionnel que l'on ne puisse pas enlever l'utérus d'un seul bloc. Cependant on pourra parfois être obligé de le morceler pour rendre son extraction possible, soit en enlevant certains myomes ou certaines masses pédiculées, soit en laissant provisoirement le col et plus ou moins de corps sus-jacent pour régulariser en quelque sorte le moignon d'hystérectomie dès qu'on y verra clair.

Aucune de ces occurrences n'est de nature à faire préférer la subtotale à la totale, ou l'inverse.

b) *De la position excessivement basse du fibrome.*

Il est évident que plus le fibrome est bas, plus la totale devient l'opération de choix, pour devenir en quelque sorte obligatoire si le col participe aux lésions. Même lorsqu'on ne se disposait qu'à une subtotale, on se tirera toujours d'affaire si l'on prend la peine de pousser au maximum le décollement de la vessie : c'est là qu'est la clef de la situation, tant au point de vue de l'aisance que de la sécurité opératoire.

2° Annexites

Nous ne craignons pas d'affirmer, et de poser en principe, que *toute lésion septique des annexes impose la totale, pour deux raisons* :

1° *La nécessité d'enlever le col,* qui est non seulement *toujours infecté,* mais encore, souvent, *le point de départ de l'infection* ;

2° La possibilité, par le *drainage vaginal, d'éviter le drainage abdominal,* et, en particulier, *le Mickulicz.*

Pour approfondir les choses, il faut en réalité distinguer plusieurs variétés d'annexites :

a) *Annexites non inflammatoires.*

Ce sont toutes les annexites kystiques ou scléro-kystiques, les trompes déformées, malformées, ou oblitérées, les kystes bilatéraux de l'ovaire, etc.

La bilatéralité des lésions oblige alors à une hystérectomie, d'autant plus que souvent l'utérus est lui-même

malformé, scléreux, ou fibromateux. La totale ne tire d'ailleurs de ces lésions aucune difficulté spéciale.

b) *Annexites « à froid ».*

Elles comprennent les *salpingites anciennes* et les *salpingites refroidies* à condition qu'elles soient bien refroidies. On peut également ranger dans ce cadre les rétroversions utérines, où l'existence de lésions annexielles, indécélables cliniquement, contre-indique une intervention conservatrice.

Il existe souvent des adhérences, plus ou moins lâches ou organisées, formant des brides, des lamelles ou des zones d'acollement ; mais les difficultés rencontrées empêchent bien rarement l'opérateur de suivre pas à pas la technique habituelle. Une simple peritonisation, recouvrant le fond du vagin, suffit pour terminer, à moins que l'étendue des surfaces cruentées n'oblige à un cloisonnement vésico-colique, par-dessus un drainage vaginal.

c) *Annexites à chaud, ou mal refroidies.*

Tous les degrés et toutes les lésions peuvent se rencontrer avec la participation des trompes, des ovaires, du tissu cellulaire du ligament large, et même de l'utérus. Or, c'est une vérité première que *le col utérin n'est jamais épargné par l'infection* ; et c'est là, avons-nous dit, une raison majeure pour l'enlever chaque fois. Il est même, la plupart du temps, le *point de départ de la maladie* ; *toujours* en particulier lorsque le gonocoque est en cause.

Comment concevoir que tant de chirurgiens recourent cependant, pour des salpingites suppurées, à la subtotale, — aggravée du Mickulicz — quand on peut, par la simple ablation du col, à la fois obtenir une guérison radicale, et créer un orifice de drainage incomparablement supérieur au drainage sus-pubien ?

La vérité, c'est que la totale passe pour être *plus grave que la subtotale* ; et ceci d'autant plus que l'on a déjà eu beaucoup de mal à libérer et à enlever des annexes adhérentes et suppurées et à dégager l'utérus. On croit alors que le Mickulicz — qui a évidemment l'avantage d'abréger l'opération — va la terminer de façon *moins schockante* que si l'on se donne la peine d'enlever le col. Et l'on fait alors une intervention incomplète, illogique, et bien plus dangereuse que si l'on établissait, au point le plus déclive de l'abdomen, en plein Douglas, le seul drainage vraiment rationnel et le plus efficace. Et de plus, on va laisser un col infecté, qui n'aura pas guéri la malade de ses pertes et qui, pour certaines femmes, restera un danger de contamination blennorragique.

Un jour, un ancien interne de M. Wiart reçut la visite d'un médecin, qui venait recommander une de ses malades. Il priait qu'on ne lui fasse qu'une subtotale, de peur de la perdre comme cliente, car il tenait à lui continuer ses pansements vaginaux réguliers .. et rémunérateurs.

Nous citons cette anecdote — absolument authentique — pour bien nous confirmer dans l'opinion contraire à celle de ce médecin — à savoir que l'ablation d'un col

infecté est aussi nécessaire que celle d'annexes suppurées.

Elle est nécessaire, si l'on veut une guérison complète ; elle l'est également si l'on veut dispenser la malade des souffrances et des dangers ultérieurs du Mickulicz.

Il n'y a pour ainsi dire pas d'infection utéro-annexielle où le drainage vaginal ne soit suffisant : nous avons toute une série d'observations de pyo-salpinx crevés pendant l'opération, où le ventre a été pourtant hermétiquement refermé, après une bonne péritonisation par-dessus quelques mèches. Nous avons même une plaie du rectum (obs. n° 212) qui a été suturée, puis enfouie sous le cloisonnement vésico-colique.

Un seul de ces faits serait déjà démonstratif, nous en apportons toute une série, qui ne viennent au surplus que confirmer ce que d'autres auteurs avaient écrit bien avant nous.

Il y a toutefois certains cas où l'on ne peut absolument pas se dispenser du pis-aller qu'est le Mickulicz — mais ce ne sont pas ceux où l'infection est plus grave, ni l'hémostase la plus difficile — ce sont uniquement ceux où l'*on manque d'étoffe péritonéale*.

Il peut se faire en effet que les lésions remontent jusque dans les fosses iliaques (obs. n° 249) ou encore que le colon ilio-pelvien soit trop court ou trop sessile, impossible à attirer dans la moitié droite du bassin (obs. n° 243).

C'est dans les cas de ce genre, où la péritonisation est *matériellement* impossible, que le Mickulicz est de mise

— encore peut-on parfois avoir recours — avec un succès presque constant, à une greffe libre d'épiploon — qui viendra tapisser la surface encore dépéritonisée des parois pelviennes (obs. n° 248).

D'ailleurs, chacun est libre d'avoir son opinion au sujet du drainage. La technique de la totale ne s'en trouve pas pour cela modifiée.

Nous devons dire ici un mot de certains cas d'annexites à chaud, où les difficultés sont telles que l'on ne peut suivre exactement aucune des techniques habituelles.

On a décrit un certain nombre de procédés tous basés sur le fait que les annexes inenlevables de dehors en dedans, le sont presque toujours *de dedans en dehors*. Lorsqu'on part de l'utérus, on tombe en effet facilement dans une zone décollable, qui n'est autre que le tissu cellulaire de la base du ligament large. Lorsqu'on poursuit le décollement de cette zone, on arrive donc à libérer les annexes de bas en haut, et à lier les pédicules supérieurs. Mais pour cela il faut *partir de l'utérus*.

Les principaux procédés et les plus classiques sont :

— *le procédé américain* où l'on enlève normalement l'annexe la moins malade, pour enlever la seconde de dedans en dehors, après section du col ou du vagin, et pincement des utérines;

— *l'hémisection sagittale de l'utérus*;

— *la décollation antérieure* ;

— *la décollation postérieure*.

Tous ces procédés peuvent se faire en subtotale ou en totale. La connaissance et l'habitude que l'on aura de

cette dernière seront alors un appoint considérable pour terminer convenablement l'opération. On a un intérêt tellement majeur à enlever le col, pour drainer par en bas, que c'est l'indication la plus fréquente de la totalisation, si l'on a commencé par une subtotale.

En résumé, nous avons conscience de ne rien exagérer en préconisant pour les annexites à chaud la *totale systématique*, quelles que soient les lésions, et quelles que soient les difficultés opératoires. Si l'on ne peut, par force majeure, suivre une technique parfaitement réglée, on se tirera d'affaire du mieux possible, selon les circonstances, selon son expérience, et selon son habileté particulière.

d) Pyosalpinx rompus.

Nous n'en avons pas d'observations, mais il se trouve que la question a été discutée à la Société de Chirurgie. dans sa séance du 10-7-29, à propos d'une communication de M. le Pr Duval et Ameline portant sur 14 cas.

Les conclusions qui se sont dégagées sont les suivantes : l'opération la meilleure, lorsqu'elle est possible, est l'ablation unilatérale de l'annexe perforée On a ainsi le minimum de schock opératoire — et la possibilité de voir se produire une grossesse ultérieure (une observation). Si l'hystérectomie est indiquée, les auteurs ont coutume de pratiquer la subtotale, suivie d'un drainage par un seul drain de caoutchouc. Le seul Mickulicz qu'ils aient employé dans un cas d'ailleurs opéré tardivement, s'est terminé par la mort. Ils ne rejettent d'ailleurs pas la totale, que M. Lenormant, par contre,

préconise systématiquement en pareil cas, pour les mêmes raisons que nous avons longuement exposées et défendues dans les cas non compliqués de perforation.

e) *Annexites tuberculeuses.*

Les annexites tuberculeuses constituent rarement une indication opératoire, cependant ce n'est parfois qu'à l'ouverture du ventre que le diagnostic est fait.

Leur existence proscrit en tous cas le drainage sus-pubien, de peur d'une fistulisation bacillaire de la cicatrice. C'est pourquoi si l'on fait une hystérectomie, on a tout avantage à la faire totale, car une fistule qui s'ouvrirait dans le fond du vagin ne donnerait, au fond, que des pertes blanches. Elle serait peut-être interminable, mais cet inconvénient est sans aucun rapport avec la gravité d'une fistule pariétale.

3° Cas divers

En dehors des circonstances imprévisibles, on peut noter :

a) L'hystérectomie au cours d'une *amputation abdomino-périnéale du rectum.*

Il va de soi qu'on la fera totale. Cependant nous n'avons pas compris les observations de cette nature dans la statistique qui suit.

b) L'hystérectomie pour *perforation de l'utérus au cours de manœuvres abortives.*

Comme il y a infection, on a tout avantage à pratiquer

une totale, pour les raisons que nous avons étudiées plus haut (obs. n° 39).

c) *L'hystérectomie pour grossesse extra-utérine récidivée.*

On pourrait penser que la crainte d'infecter le sang épanché dans la grande cavité abdominale ne soit une contre-indication formelle à la totale. C'est en effet la raison pour laquelle on recommande en général de ne pas enlever l'appendice au cours de cette intervention, Cependant nous avons trouvé dans la statistique de M. Wiart 2 cas de totales pratiquées pour cette raison, et sans le moindre incident (obs. n° 170 et 238).

D'ailleurs, lorsqu'elle est possible, une opération est encore meilleure que l'hystérectomie, c'est l'ablation de la trompe gravide seule, en laissant l'ovaire et l'utérus.

d) *L'hystérectomie pour métrite.*

Il est rare que l'on intervienne pour une simple métrite : il faut pour cela qu'elle soit absolument rebelle à tous les traitements médicaux.

Cependant il y a un cas du plus haut intérêt, c'est celui de la *métrite chronique suspecte de cancérisation.*

Théoriquement la biopsie est seule juge de la situation : ou bien il s'agit de cancer, et l'on fait un Wertheim, si l'on opte pour la chirurgie ; ou bien il ne s'agit pas de cancer, et l'on n'opère pas.

La réalité est moins simple, car on fait couramment à la biopsie deux reproches essentiels :

1° Il n'est pas démontré qu'elle soit inoffensive. Sans

doute elle ne donne pas d'accidents opératoires, tels qu'une hémorragie, mais elle pourrait, pour certains, avoir sur le cancer l'influence d'un coup de fouet ;

2° Elle n'est pas toujours probante ; soit que le prélèvement ait été fait en zone non cancéreuse, soit que l'interprétation en soit difficile. Aussi arrive-t-il qu'on ne soit pas plus avancé qu'avant, et ceci sans mettre en cause l'histologiste qui a fourni les résultats.

Il est sage de faire bénéficier la chirurgie de tous les cas douteux, et c'est ainsi qu'on est amené à enlever des utérus simplement métritiques (obs. n° 230). On enlève également de la sorte de vrais cancers au début, dont la preuve est faite par l'étude de la pièce opératoire, plus facile et plus sûre que celle de la biopsie. Bien que l'on ne fasse pas de Wertheim dans ces cas-là, on obtient pour ces cancers tout au début — tellement au début qu'ils simulent une métrite — d'excellents résultats. Aussi à tout prendre, ne vaut-il pas mieux, quand vraiment il y a doute, faire d'emblée une totale, au lieu de perdre du temps, et de courir des risques d'interprétation avec une biopsie ? C'est une question à laquelle nous répondrions si nous n'avions pas délibérément éliminé l'étude du cancer du col. Nous ne faisons donc que la signaler incidemment, dans la mesure où elle intéresse la métrite chronique simple.

e) *Le cancer du corps.*

Le cancer du corps est différent du cancer du col, à tous les points de vue, et en particulier à celui des indications thérapeutiques. Personne ne conteste, en pareil

cas, la nécessité de pratiquer une totale plutôt qu'une subtotale ; la chose va de soi. On se trouve d'ailleurs dans les meilleures conditions pour la réaliser ; à moins que l'on ait dépassé la phase chirurgicale, et qu'il y ait un envahissement du col et du paramètre.

Nous en fournissons deux observations : n°s 218 et 253.

Après cet examen tout à fait sommaire des diverses indications de l'hystérectomie abdominale, on pourrait conclure — sans être taxé de parti-pris — que la totale est pour ainsi dire toujours préférable à la subtotale, au moins théoriquement.

Cependant nous savons qu'en pratique elle est un peu plus difficile à réaliser. Ces difficultés sont peu de choses, et ne sont pas de nature à faire reculer un bon chirurgien ; toutefois il peut s'y surajouter des circonstances qui compliquent la situation.

Elles sont de deux ordres :

a) La présence d'*adhérences épiploïques ou intestinales ;* ou encore de *suppurations pelviennes.*

Ce que nous avons dit du drainage vaginal montre que ces conditions sont un argument de plus pour la totale.

En outre, les adhérences péritonéales sont la meilleure garantie que la grande cavité se défendra, à coup sûr, contre toute infection qui tendrait à se généraliser.

b) *L'obésité de la malade.*

Celle-ci peut être telle que la profondeur où l'on doit

travailler rende l'intervention tellement difficile, que bien des chirurgiens préfèrent alors s'abstenir d'opérer, ou encore, recourent à la voie vaginale.

En outre ces malades ont souvent de mauvaises anesthésies et poussent. D'autre part leurs pédicules sont gras, et les ligatures ont tendance à lâcher. Il y a là un ensemble de raisons pour ne pas chercher à trop bien faire, et, en l'absence d'indications formelles, pour se contenter d'une subtotale, élargie au besoin par l'évidement du col.

OBSERVATIONS ET STATISTIQUE

Pour permettre la lecture facile de nos 253 observations, nous les avons disposées sous forme de tableau, ce qui nous a permis de les condenser et de les résumer au maximum.

Ce tableau comprend :

1° *229 opérations faites par M. Wiart :*

Fibromes	97
Salpingites	126
Divers	6

et 2° *24 opérations personnelles* (indiquées par la lettre P.)

Fibromes	7
Salpingites	17

Ces 24 interventions ont été pratiquées suivant la technique de M. Wiart et la plupart du temps avec son aide. Si cependant nous indiquons ici la distinction, c'est essentiellement au point de vue de la léthalité. Il y a en effet un intérêt majeur à ce que l'étude de cette dernière soit exempte de toute critique ; or une pareille statistique n'a de valeur que si elle porte sur un très grand nombre de cas, opérés par le même chirurgien. Les autres considérations sont secondaires, et il n'y a pas d'inconvénient, pour elles, à n'envisager qu'une seule statistique globale.

Les deux premières colonnes du tableau comportent la désignation de la malade et de l'opération.

La colonne C est consacrée aux *suites immédiates*. On y trouvera mentionnés trois ordres de faits ; *la guérison*, habituellement sans incidents notables : *la durée d'invalidité* jusqu'à la reprise des occupations, lorsque nous avons pu faire préciser ce point, — ce qui sous-entend la guérison — enfin la *mortalité post-opératoire*.

Tout le reste est destiné aux *suites tardives*. En effet, nous avons cherché à revoir toutes les anciennes opérées, et pour cela leur avons adressé une convocation et un questionnaire, les priant de nous retourner ce dernier dans le cas où elles ne pourraient se rendre à l'hôpital.

Sur le total de 253 cas, nous avons envoyé 223 lettres, la différence représentant les morts, et les opérations trop récentes pour entrer en ligne de compte.

Sur ce nombre, 131 n'ont pu être retrouvées, faute d'une adresse exacte, ou parce que les opérées n'ont pas répondu.

Nous avons donc, en définitive, *92 résultats éloignés* sur lesquels 29 n'ont fait que renvoyer le questionnaire, tandis que les 63 autres se sont présentées à notre convocation.

Nous indiquons dans la colonne D les conditions dans lesquelles nous avons revu les malades. Les dernières colonnes donnent le détail des points sur lesquels ont porté notre interrogatoire et notre examen : état général, paroi, troubles intestinaux, adhérences, troubles urinaires, état du vagin, et enfin modalités des rapports sexuels.

Après l'exposé de ce tableau, nous reprendrons en particulier chacune des matières dont il nous aura fourni les éléments.

Désignation de la malade, age et date de l'opération	Diagnostic et particularités de l'Intervention	Suites immédiates et Durée de guérison	Date de l'examen ou de la réponse au questionnaire	Etat général
A	B	C	D	E
1. 30 ans 11-7-18	Salpingite. Drainage vaginal.	Deux mois.	Questionnaire.	Très bon. + 10 kilogs.
2. 30-11-18	Fibrome. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
3. 10-1-19	Fibrome.	Deux mois.	Questionnaire.	Très bon. Stationnaire.
4. 47 ans 1-3-19	Fibrome.	Quinze jours.	Questionnaire.	Bon. Stationnaire
5. 45 ans 4-3-19	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
6. 35 ans 14-3-19	Salpingite. Drainage vaginal.	Très peu de temps.	Questionnaire.	Très bon. Stationnaire.
7. 36 ans 28-3-19	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
8. 41 ans 2-4-19	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
9. 35 ans 18 4 19	Salpingite.	Mort le 2e jour de broncho-pneumonie, (vérifiée à l'autopsie).		
10. 24-4-19	Fibrome. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
11. 45 ans 5-6-19	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
12. 44 ans 26-5-19	Fibrome.	Deux mois.	Questionnaire.	Très bon.
13. 10-6-19	Perforation traumatique de l'utérus.	Guérison.	Revue en 10-19 pr petite métrorragie sans conséquence, puis en 12-28.	Très bon, stationnaire.

SUITES TARDIVES					
Paroi	Tr. intestinaux	Adhérences	Tr. urinaires	Vagin	Rapports
F	G	H	I	J	K
Rien de signalé.	0	0	0	0	Sans changement.
0	Constipée.	0	0	0	Sensations un peu amoindries.
0	Constipée.	0	Depuis, soignée pour Albuminurie.	0	Sans changement.
0	0	0	0	0	Sans changement.
0	0	0	0	Quelques pertes blanches les premiers mois.	Sans changement.
Petite évenration partielle de la icatrice apparue 5 ans près.	Légère constipation.	0	0	Toucher normal.	Sans changement.

A	B	C	D	E
14. 38 ans 20-6-19	Salpingite totale par hémisection. Drainage vaginal.	Convalescence assez longue.	Revue en 11-20, puis en 12-28.	Très bon, (amaigri).
15. 51 ans 4-7-19	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
16. 45 ans 3-7-19	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
17. 28 ans 4-7-19	Salpingite. Intervention très difficile, blessure du rectum. Drainage vaginal	Mort le 4e jour de péritonite.		
18 51 ans 5-7-19	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
19. 50 ans 7-6-19	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
20. 52 ans 18-10-19	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
21. 4-11-19	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
22. 18-11-19	Fibrome.	Guérison	Non revue.	
23. 21 ans 5-12-19	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
24. 47 ans 10-1-20	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
25. 15-1-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
26. 37 ans 16-1-20	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
27. 29 ans 19-1-20	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
28. 24-1-20	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
29. 32 ans 7-2-20	Salpingite. Subtotale à l'amér. puis totalisée. Grave hémor au temps de la section vaginale.	Mort le 5e jour de péritonite.		

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	Alternatives de diarrhée et constipation.	Quelques douleurs abdominales suspectes.	0	Au toucher il reste un petit bourrelet de col	Sans changement.

A	B	C	D	E
30. 40 ans 6-2-20	Salpingite. Drainage vaginal	Guerison.	Revue en 12-28	Depuis peu, incidents d'hypertension arterielle d'une part, de cholecystite chronique d'autre part.
31. 41 ans 10-2-20	Fibrome.	Deux mois et demi	Revue en 12-28	Bon
32. 22 ans 17-3-20	Salpingite.	Guerison	Non revue	
33. 30 ans 26-2-20	Salpingite. Subtotale totalisee Drainage vaginal.	Deux mois.	Revue en 12-28	Syphilis
34. 47 ans 4-3-20	Fibrome. Opération très difficile Drainage vaginal.	Guerison.	Non revue	
35. 21 ans 11-3-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
36. 45 ans 15-3-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue	
37. 26 ans 22-3-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Mort le lendemain par hémorragie du pédicule utéro-ovarien droit, constatée par le chirurgien de garde, réintervenu d'urgence.		
38. 44 ans 27-3-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Huit jours.	Revue en 12-28	Depuis, ulcère duodénal.
39. 20 ans 1-4-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
40. En 4-20 En 4-21	Antérieurement ablation unilatérale d'annexes. Totale, pour salpingite de l'autre côté.	Eviscération à l'enlèvement des fils. Réfection de la paroi. Guérison.	Non revue.	
41. 20 ans 22-4-20	Salpingite.	Guerison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	Troubles causés par sa cholécystite.		Quelques douleurs lombaires droites. Cystoscopie normale. Ureteres perméables.	Vaginite avec pertes et intertrigo.	0
Belle cicatrice.	Constipation habituelle.	0	0	Toucher normal.	Sans changement.
Belle cicatrice	0	0	0	Toucher normal.	Femme froide antérieurement. Pas de modifications.
Belle cicatrice. Fait de la motocyclette.	0	0	0	Toucher normal.	Sans changements.

A	B	C	D	E
42. 40 ans 3-5-20	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
43. 42 ans 8-5-20	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
44. 41 ans 17-5-20	Fibrome et kystes annexiels.	Guérison.	Non revue.	
45. 46 ans 6-6-20	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
46. 41 ans 24-6-20	Salpingite.	Quatre mois.	Questionnaire.	Bon. + 10 kilogs.
47. 31 ans 25-7-20	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
48. 23 ans 7-10-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
49. 40 ans 15-10-20	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
50. 27 ans 18-10-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue	
51. 55 ans 3-11-20	Fibrome.	Mort le 12e jour d'embolie pulmon.		
52. 47 ans 8-11-20	Fibrome.	Guérison.	Non revue	
53. 45 ans 18-11-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
54. 35 ans 22-11-20	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
55. 35 ans 23-12-20	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
56 24 ans 31-12-20	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
57. 48 ans 31-12-20	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
0	0	0	0	Quelques pertes de temps à autre à la fatigue.	Sans changements.

A	B	C	D	E
58. 32 ans 15-1-21	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
59. 20-1-21	Fibrome.	Mort le 6e jour de cause inconnue.		
60 31 ans 20-1-21	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
61 45 ans 14-2-21	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
62. 41 ans 7-3-21	Fibrome et kystes annexiels. D. ainage vaginal.	Quatre mois.	Revue en 12-28.	Bon. Stationnaire.
63. 26 ans 21-3-21	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
64. 22 ans 14-4-21	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
65. 22 ans 28-4-21	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
66. 45 ans 23-5-21	Salpingite subtotale par le procédé américain. Deux pyosalpinx crevés au cours de l'intervention, très difficile.	Mort le soir, de schock.		
67. 47 ans 29-6-21	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
68 40 ans 29-6-21	Fibrome.	Guérison	Non revue.	
69. 44 ans 30-6-21	Fibrome.	Guérison.	Revue en 12-28.	Depuis, urémie avec tension à 27-14. Par ailleurs, syphilis ancienne.
70. 54 ans 5-7-21	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
71. 25 ans 11-7-21	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	Constipation habituelle antérieure.	Douleurs suspectes à gauche.	Légère cystite. Cystoscopie normale. Uretères perméables bien que le gauche soit légèrement coudé à 5 cm.	Toucher normal.	Sans changements.
Cicatrice normale.	0	0	Albumine, etc.	0	Douloureux au début mais veuve presque de suite.

A	B	C	D	E
72 20 ans 17-7-21	Salpingite. Incision de Pfannenstyl. Procédé américain puis totalisation.	Guérison.	Non revue.	
73. 19-7-21	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
74. 40 ans 25-7-21	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
75. 25 ans 31-10-21	Salpingité. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
76. 47 ans 2-11-21	Fibrome.	Six mois.	Questionnaire et vu sa fille en 12-28.	Troubles nerveux.
77. 50 ans 7-11-21	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
78. 41 ans 14-11-21	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
79. 38 ans 12-12-21	Fibrome.	Deux mois.	Questionnaire.	Cardiopathie.
80. 48 ans 22-12-21	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
81. 25 ans 29-12-21	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
82. 40 ans 26-1-22	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
83. 33 ans 23-2-22	Salpingite.	Presque de suite.	Revue en 12-28.	Bon. + 6 kilogs.
84. 19 ans 10-3-22	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
85. 28 ans 13-3-22	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
86. 45 ans 27-3-22	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
87. 22 ans 15-5-22	Salpingité.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Très belle cicatrice.	0	0	0	0	0
Petit point d'éventration à partie infér. de la cicatrice.	0	0	0	Très léger cystocèle.	Depuis, son mari ne la désire plus.
Belle cicatrice.	0	0	0	Toucher normal.	Sans changements.

A	B	C	D	E
88. 50 ans 8-6-22	Fibrome.	Quatre mois.	Revue en 12-28.	Bon. + 3 kilogs.
89 46 ans 3-7-22	Salpingite.	Guérison,	Non revue.	
90. 52 ans 6-7-22	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
91. 51 ans 12-10-22	Fibrome.	Deux mois et demi.	Revue en 12-28.	Bon.
92. 25 ans 16-10-22	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
93. 43 ans 23-11-22	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
94. 27-11-22	Salpingite.	Guérison.	Revue en 12-28.	Bon.
95. 49 ans 7-12-22	Fibrome.	Mort le 5e jour, syncope cardiaque, après une asystolie aiguë par myocardite.		
96. 38 ans 11-12-22	Fibrome. Drainage vaginal.	Guérison.	Revue en 12-28.	Très bon. + 13 kilogs.
97. 27 ans 8-12-22	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
98. 34 ans 18-1 23	Salpingite.	Mort le 6e jour de cause inconnue.		
99. 18 ans 12-2-23	Salpingite. Incision de Pfannenstyl. Drainage vaginal.	Mort le 2e jour de broncho-pneumonie.		
100. 44 ans 12-2-23	Salpingite. Intervention 8 jours après une laparotomie pr. péritonite généralisée où l'on n'avait pas drainé. Opérat. très diffic. Drainage vaginal.	Mort de suite de schock.		

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	0	0	0	Toucher normal.	0
Belle cicatrice.	Parfois diarrhée.	0	0	Quelqu. pertes. Toucher normal.	0
Belle cicatrice.	Constipation habituelle.	0	Quelques phénomenes cystalgiques, antérieurs. Cystoscop. norm. Ureteres perméables.	Toucher normal.	Rapports légerement douloureux. Sens un peu atténués.
Belle cicatrice.	Quelquefois diarrhée.	Douleurs suspectes pendant premières années	0	Toucher normal.	Rapports normaux.

A	B	C	D	E
101. 25 ans 19-2-23	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
102. 43 ans 16-3-23	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
103. 17 ans 19-3-23	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
104. 23 ans 7-5-32	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
105. 29 ans 4-6-23	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
106. 29 ans 7-6-23	Salpingite. Drainage vaginal (Rupture d'un double pyosalpinx).	Guérison.	Non revue.	
107. 41 ans 19-6-23	Salpingite. Subtotale totalisée.	Deux mois.	Revue en 12-28.	Très bon. + 10 kgs.
108. 46 ans 22-10-23	Fibrome.	Deux mois.	Questionnaire.	Très bon. Stationnaire.
109. 38 ans 26-10-23	Fibrome.	Cinq mois.	Questionnaire.	Bon. — 10 kilogs.
110. 29 ans 26-10-23	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
111. 23 ans 3-11-23	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
112. 49 ans 6-12-23	Fibrome.	Un an, pour raisons de fortune.	Revue en 12-28.	Bon. Stationnaire.
113. 17-12-23	Salpingite. Subtotale totalisée. Opération très difficile.	Morte de suite de shock.		
114. 24 ans 10-1-24	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Très belle cicatrice. Petite hernie ombilicale récente.	O	O	O	Toucher normal.	Normaux.
Très belle cicatrice.	O	Tiraillements suspects dans certaines attitudes.	O	O	Un peu douloureux.
Belle cicatrice.					Femme froide. Rapports douloureux au début seulement.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Un peu d'eczéma vulvaire. Pas de pertes. Toucher normal.	

A	B	C	D	E
115. 26 ans 14-1-24	Salpingite. En outre, diverticulite sigmoïdienne (résection d'un diverticule).	Guérison.	Revue en 3-25 pour phénomènes de colite Non revue en 28.	
116. 41 ans 21-1-24	Fibrome et salpingite. Péritonisation par greffe épiploïque.	Presque de suite.	Revue en 12-28.	Bon. — 15 kgs.
117. 29 ans 3-3-24	Récidive de grossesse extra-utérine.	Guérison.	Revue en 12-28.	Très bon. — 2 kgs.
118. 49 ans 6-3-24	Fibrome.	Un an, par suite d'un accident (panaris, perte d'un doigt).	Revue en 12-28.	Bon. Psychisme spécial, femme très nerveuse.
119. 43 ans 20-3-24	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
120. 30 ans 3-4-24	Salpingite (utérus bifide).	Quatre mois.	Questionnaire.	Bon. + 3 kgs.
121. 25 ans 3-4-24	Salpingite. Opération très difficile, par suite d'adhérences rectales. Rupture d'un double pyosalpinx.	Mort le 9e jour, de cause inconnue, probablement embolie.		
122. 31 ans 12-5-24	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
123. 34 ans 19-5-24	Salpingite. Doute d'avoir blessé l'uretère droit au moment de la ligature du pédicule utéro-ovarien.	Deux mois.	Revue en 12-28.	Bon. + 2 kgs.
124. 22 ans 20-[illegible]-24	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
125. 31 ans 22-5-24	Salpingite. Rupture d'un double pyosalpinx. Drainage vaginal.	Deux mois, malgré une légère suppuration pariétale.	Revue en 12-28.	Bon. — 2 kgs.

F	G	H	I	J	K
Se serait produit un an après une éventration guérie spontanément. Belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Normaux.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Suppression de la volupté vaginale. Sensations exclusivement clitoridiennes.
Cicatrice solide mais peu esthétique.	Parfois constipée.	O	O	Toucher normal.	Femme froide.
Cicatrice normale.	Constipation habituelle.	O	O	Parfois, un peu de pertes à la fatigue.	Rapports un peu douloureux. Se plaint de « picotements dans le fond ».
Très belle cicatrice.	Constipation habituelle.	O	Urines légèrement lithiasiques.	O	Rapports un peu sensibles, mais sensations plus voluptueuses.
Très belle cicatrice.	Constipation habituelle. Distension colique.	O		Toucher normal.	Normaux.

A	B	C	D	E
126. 28 ans 22-5-24	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison,	Non revue.	
127. 21 ans 26-5-24	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
128. 31 ans 7-7-24	Salpingite. Drainage vaginal.	Un mois et demi.	Revue en 12-28.	Bon. + 11 kgs.
129. 21 ans 30-10-24	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
130. 22 ans 20-11-24	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
131. 34 ans 15-11-24	Salpingite.	Guérison.	Non revue	
132. 33 ans 20-11-24	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
133. 29 ans 4-12-24	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
134. 36 ans 22-12-24	Fibrome et salpingite. Opération très pénible.	Mort le soir de schock.		
135. 24 ans 29-12-24	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
136. 30 ans 6-1-25	Salpingite. Double pyosalpinx rompu.	Guérison.	Non revue.	
137. 12-1-25	Salpingite.	Un an.	Questionnaire.	Très bon. Aucun trouble endocrinien.
138. 48 ans 22-1-25	Fibrome. En outre, cure d'éventration post-appendiculaire.	Guérison.	Non revue.	
139. 33 ans 26-1-25	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
140. 44 ans 2-2-25	Salpingite.	Six mois.	Revue en 12-28.	— 7 kgs.
141. 25 ans 5-2-25	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	Constipation de temps à autre.	0	0	Toucher normal.	Sensations un peu amoindries.
Cicatrice normale.	0	0	0	0	Sensations améliorées.
Cicatrice assez sensible à la pression.	0	Adhérences probables.	0	Toucher normal.	0

A	B	C	D	E
142. 35 ans 8-2-25	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
143. 5-3-25	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
144. 34 ans 2-5-25	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
145. 49 ans 14-5-15	Fibrome et kystes. Drainage vaginal.	Quatre mois. Malgré une *désunion de la paroi*, refaite en un plan, au moment de l'ablation des fils et une *phlébite double*, dout il reste des troubles trophiques importants.	Revue en 12-28.	Peu de troubles endocriniens.
146. 30 ans 29-5-25	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
147. 40 ans 2-6-25	Fibrome.	Quatre mois.	Revue en 12-28.	Bon. + 5 kilogs.
148 22 ans 4-6-25	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
149. 26 ans 15-6-25	Salpingite.	Guérison.	Questionnaire.	Opérée depuis lors de hernie et d'appendicite Poids stationnaire. Psychisme particulier. se trouve toutes les maladies).
150. 46 ans 19-6-25	Fibrome.	Cinq mois (travail très pénible).	Revue en 12-28.	Troubles endocriniens marqués. + 9 kilogs Ethylisme.
151. 46 ans 22-6-25	Fibrome.	Trois semaines.	Revue en 12-28.	Bon — Peu de troubles endocriniens Stationnaire.
152. 42 ans 22-6-25	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
153. 6-7-25	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Eventration partielle, (comme une noix) de l'extrémité inférieure de la cicatrice.	O	Quelques douleurs passagères, suspectes.	O	Toucher normal.	Normaux.
Belle cicatrice.	O	O	O	O	Normaux mais se plaint de ne plus pouvoir retenir le sperme.
Belle cicatrice.	Constipation habituelle.	O	Aurait eu de la cystite également	Doute de cystocèle. (Mais explications assez vagues).	Normaux.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Légère vulvite. Toucher normal.	Normaux.
Bonne cicatrice, bien qu'un peu disgracieuse.	O	O	O	Quelques pertes Toucher normal.	Normaux.

A	B	C	D	E
154. 30 ans 7-7-25	Salpingite.	Deux mois.	Revue en 12-28.	Troubles endocriniens très marqués.
155. 35 ans 8-7-25	Fibrome et kystes Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
156. 37 ans 8-10-25	Fibrome.	Six semaines.	Revue en 12-28.	Peu de troubles endocriniens.
157. 22 ans 19-10-25	Salpingite.	Guérison	Non revue.	
158. 51 ans 22-10-25	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
159. 22 ans 5-11-25	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
160. 45 ans 9-11-25	Cancer du corps utérin.	Guérison.	Non revue.	
161. 33 ans 26-11-25	Salpingite.	Un mois et demi.	Questionnaire.	Peu de troubles. Léger amaigrissement.
162. 35 ans 17-12-25	Fibrome et salpingite.	Guérison.	Non revue.	
163. 21-12-25	Fibrome et kystes.	18 mois, pour raisons de fortune.	Questionnaire.	+ 10 kilogs.
164. 25 ans 31-12-25	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
165. 34 ans 7-1-26	Salpingite.	Guérison,	Non revue.	
166. 43 ans 11-1-26	Fibrome.	Trois mois.	Revue en 12-28.	Troubles endocriniens marqués.
167. 42 ans 28-1-26	Fibrome.	Quinze jours.	Revue en 12-28.	Très peu de trou- endocriniens.

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	0	0	Cystite en juin 28. Cystoscopie normale. Uretères perméables.	Toucher normal. Très léger cystocèle	Normaux.
Éventration partielle de l'extr. inf. de la cicatrice.	0	0	0	Toucher normal.	Femme froide.
Très belle cicatrice.	0	0	0	Rien d'anormal	Normaux.
Cicatrice normale.	0	0	0	0	Normaux.
Très belle cicatrice.	0	0	0	Toucher normal.	0
Très belle cicatrice.	Légère constipation habituelle.	0	0	Toucher normal.	Devenue froide depuis l'opération ; d'auparavant au contraire les rapports l'agacent.

A	B	C	D	E
168. 51 ans 1-2-26	Fibrome, et de plus cure radicale d'une grave éventration consécutive à l'ablation d'un kyste de l'ovaire. Large résection épiploïque. Drainage vaginal.	Mort le 5e jour de péritonite.		
169. 28 ans 1-3-26	Salpingite.	Deux mois.	Revue en 12-28.	Peu de troubles endocriniens. + 7 kilogs.
170. 22 ans 18-3-26	Salpingite. Drainage vaginal.	Trois mois.	Revue en 12-28.	+ 7 kilogs.
171. 48 ans 29-3-26	Métrite chronique. Biopsie négative. cependant avait été traitée à St-Antoine par des Rayons X. Intervention très pénible. Drainage vaginal.	Quatre mois.	Revue en 12-28.	Troubles endocriniens marqués. + 12 kilogs.
172. 23 ans 8-4-26	Salpingite.	Neuf mois.	Questionnaire.	Femme très nerveuse, se plaignant de néphrite, lésion au cœur, rhumatismes, de douleurs gastriques, etc.
173. 29 ans 10-4-26	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
174. 43 ans 17-5-26	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
175. 39 ans 5-7-26	Fibrome.	Quatre mois. Aurait eu une embolie pulmonaire.	Revue en 12-28.	Peu de troubles endocriniens. Stationnaire.
176. 23 ans 9-7-26	Salpingite. Subtotale totalisée. Très pénible. Drainage vaginal.	Trois mois. (6 mois : après motocyclette).	Questionnaire.	Peu de troubles endocriniens. Stationnaire.
177 40 ans 16-7-26	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Très belle icatrice.	0	0	0	Toucher normal	Rapports améliorés.
Très belle icatrice.	Légèrement constipée.	0	0	Toucher normal.	Sans changement.
Cicatrice oyée dans es vergetures.	Constipation habituelle.	Vagues douleurs à droite	0	Toucher normal.	0
Cicatrice rmale	Alternatives de constipation et de diarrhée.	0	0	0	Douloureux au début (brûlures). Actuellement normaux.
Cicatrice ormale.	0	0	0	Quelques pertes au début.	Un peu douloureux au début. Normaux actuellement.
Belle cicatrice malgré ne légère suppuration par limination de ls (pendant mois).	0	Quelques douleurs suspectes.	Aurait eu de la cystite compliquée de néphrite. Le tout actuellement guéri.	Quelques pertes au début.	Sensations voluptueuses modifiées, et beaucoup plus intenses qu'auparavant.

A	B	C	D	E
178. 24 ans 20 7-26	Grossesse tubaire rompue et salpingite de l'autre côté. Drainage vaginal.	Un mois	Revue en 12-28.	+ 4 kilogs.
179. 50 ans 22-7-26	Fibrome. Drainage vaginal.	Trois mois.	Questionnaire.	Peu de troubles endocriniens. Se dit neurasthénique.
180. 48 ans 20-7-26	Fibrome.	Trois mois.	Questionnaire.	Troubles endocriniens marqués. + 10 kilogs.
181. 52 ans 11-11-26	Fibrome.	Six semaines.	Questionnaire.	Troubles endocriniens pénibles. Stationnaire.
182. 44 ans 25-11-26	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
183. 48 ans 6-12-26	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
184. 37 ans 24-12-26	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
185. 41 ans 27-12-26	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
186. 41 ans 17-1-27	Fibrome.	Un mois	Revue en 12-28	Légers troubles endocriniens. + 6 kgs.
187. 20-1-27	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
188. 24-1-27	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
189. 45 ans 27-1-27	Salpingite.	Deux mois et demi.	Question aire.	Très peu de troubles endocriniens. + 5 kilogs.
190. 29 ans 27-1-27	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Très belle cicatrice	Alternatives de constipation et de diarrhée.	0	Cystite à un moment donné. Actuellement guérie. Cystoscopie normale. Uretères perméables.	Un peu de vaginite. Toucher normal.	Rapports normaux, mais parfois douleurs le lendemain.
Très belle cicatrice	0	0	0	Quelques pertes du début.	Femme devenue froide, malgré un « tempérament terrible » antérieurement.
Belle cicatrice.	0	0	0	0	Pas de rapports depuis, malgré des « désirs pires qu'à 20 ans ».
Belle cicatrice.	Souvent constipée.	Douleurs vagues, sans pertes	0	0	Rapports peu agréables.
Très belle cicatrice.	0	0	0	Quelques pertes blanches. Toucher normal.	Sans changement.
Très belle cicatrice.	0	0	0	Quelques pertes blanches.	Sans changement.

A	B	C	D	E
191. 44 ans 31-1-27	Salpingite. Rupture d'un double pyosalpinx. Mickulicz, par force majeure, plus drainage vaginal	Mort le soir de schock		
192. 35 ans 2-2-27	Salpingite	Guérison.	Non revue	
193. 26 ans 3-2-27	Salpingite.	Guerison.	Non revue.	
194. 47 ans 7-3-27	Fibrome. Drainage vaginal.	Deux mois.	Revue en 12-28.	Peu de troubles endocriniens. A legerement engraissé.
195. 50 ans 6-4-27	Fibrome. Drainage vaginal. Opérée antérieurement d'appendicectomie. Il s'agissait en réalité d'appendice sain d'une crise d'hydronéphrose.	Presque de suite	Revue en 12-28	Troubles endocriniens. + 6 kilogs.
196. 50 ans 21-4-27	Fibrome. Drainage vaginal.	Guérison	Non revue.	
197. 28 ans 28-4-27	Salpingite. Mickulicz. (force majeure)	Guérison.	Non revue.	
198. 46 ans 12-5-27	Fibrome.	Un mois et demi	Questionnaire.	Très peu de troubles. Stationnaire.
199. 19 ans 7-7-27	Salpingite.	Guerison.	Non revue.	
200. 24 ans 19-7-27	Salpingite. Rupture d'un double pyosalpinx. Drainage vaginal.	Guérison.	Non revue.	
201. 31-10-27	Fibrome.	Trois mois.	Questionnaire.	Troubles + 10 kilogs.
202. 47 ans 24-11-27	Fibrome. Mickulicz.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Tres belle icatrice.	O	Vagues douleurs à gauches.	O	Toucher normal.	Presque normaux, mais légère douleur au début.
Belle cicatrice.	O	O	Néphrectomisée secondairement pour son hydronéphrose sans rapports avec l'intervention. (Uretère perméable). Lésions tresanciennes.	Toucher normal.	Sans changements.
Petite nodosité dans la cicatrice. Eventration partielle.	Constipation	O	O	O	Désirs nuls. Rapports désagréables.
Belle cicatrice	O	O	O	O	Sans changement.

A	B	C	D	E
203. 40 ans 8-12-27	Fibrome et salpingite.	18 jours, malgré un hématome pariétal	Revue en 12-28.	Peu de troubles. Stationnaire.
204 46 ans 3-1-28	Fibrome.	Trois mois.	Revue en 12-28.	Troubles pénibles. Léger engraissement.
205. 32 ans 26-1-28	Fibrome.	15 jours, malgré travail pénible.	Revue en 12-28.	Troubles peu intenses.
206. 26-1-28	Fibrome.	15 jours	Revue en 12-28.	Troubles nets. + 6 kilogs.
207. 17 ans 1/2 30-1-28	Salpingite. Très pénible. Drainage vaginal	Guérison.	Revue 3 mois après Guérison satisfaisante.	
208. 9-2-28	Fibrome.	Trois mois	Questionnaire.	Très peu de troubles Poids stationnaire.
209. 46 ans 12-3-28	Fibrome. Conservation de l'ovaire droit.	Phlébite bilatérale et éventration secondaire partielle Cicatrisée sans réintervention.	Revue en 12-28.	Quelques troubles, malgré la conservation de l'ovaire
210 20 ans 19-3-28	Salpingite. Conservation de l'ovaire droit.	Guérison.	Non revue.	
211. 21 ans 2-4-28	Salpingite Drainage vaginal.	Un mois et demi.	Revue en 12-28.	Peu de troubles + 2 kilogs.
212. 5-4-28	Salpingite. Opération très pénible, avec *blessure du rectum* suturée de suite. Drainage vaginal sans Mickulicz.	Guérison.	Non revue.	
213. 36 ans 10-4-28	Fibrome.	Deux mois.	Questionnaire.	Peu de troubles. + 2 kilogs
214. 44 ans 16-4-28	Salpingite. Drainage vaginal.	Six mois. (Séjour à la campagne).	Revue en 12-28.	Très peu de troubles.
215. 30 ans 11-5-28	Salpingite. Drainage vaginal.	Deux mois.	Revue en 12-28.	Très peu de troubles.

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Sans changement.
Cicatrice très belle mais légèrement hyperesthésique.	O	Quelques douleurs vagues.	O	Toucher normal, mais une légère sensibilité d'un côté.	O
Belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Sans changement.
Belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Un seul coït et douloureux.
Cicatrice solide, mais un peu sensible.	Constipée	O	O	Rien de spécial.	Sans changement.
Cicatrice normale.	Amélioration sur l'état antérieur.	O	O	Toucher normal.	Sans changement.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal	Sans changement.
Cicatrice belle, mais sensible.	O	O	O	Rien d'anormal.	Améliorés.
Belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Sans changement.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Sensations un peu amoindries.

A	B	C	D	E
216 36 ans 24-5-28	Salpingite.	Trois mois.	Revue en 12 28.	Peu de troubles. + 2 kilogs.
217. 20 ans 21-5-28	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	
218. 24 5-28	Fibrome.	Guérison.	Non revue.	
219. 22 ans 16-7-28	Salpingite.	Un mois.	Questionnaire	Quelques troubles + 4 kilogs.
220. 43 ans 6-8-28	Fibrome.	Un mois et demi.	Que tionnaire.	Troubles assez accusés.
221. 25 ans 10-8-28	Fibrome et salpingite.	Deux mois	Revue en 12 28.	Peu de troubles.
222. 28 ans 29-10 28	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison, malgré une légère suppuration pariétale.	Trop récente.	
223. 42 ans 7-11-28	Fibrome.	Guérison.	Trop récente.	
224. 46 ans 28-11-28	Fibrome et salpingite.	Eventration à l'enlèvement des fils. Phlegmatia.	Trop récente.	
225. 49 ans 30-11-28	Fibrome.	Guérison.	Trop récente.	
226. 30-11-28	Fibrome.	Guérison.	Trop récente.	
227. 22 ans 10-11-28	Salpingite gauche, opérée deux ans avant de grossesse tubaire droite.	Guérison.	Trop récente	
228. 46 ans 29 12 28	Fibrome.	Guérison.	Trop récente.	
229. 44 ans P 1-2-28	Fibrome.	Phlegmatia Quatre mois.	Questionnaire.	Troubles intenses

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	Légère constipation.	O	O	Toucher normal.	Améliorés.
Belle cicatrice.	O	O	O	Rien de spécial.	Améliorés.
Très belle cicatrice.	Entérite antérieure.	O	O	Rien de spécial.	« Désirs moins forts mais résultats identiques » Se plaint de leur peu de fréquence.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Sans changement.
Une petite nodosité au milieu de la cicatrice.	O	Quelques douleurs suspectes à un moment donné.	O	O	Veuve. Craindrait d'ailleurs « d'aller en enfer ».

A	B	C	D	E
230. 20-2-28 P	Fibrome ayant créé une dystocie grave avec mort du fœtus. Opérée deux mois après l'accouchement	Guérison.	Revue en 12-28.	Très peu de troubles.
231. 36 ans 8-3-28 P	Fibrome.	Six semaines.	Revue en 12-28.	Très peu de troubles.
232. 51 ans 12-4-28 P	Fibrome.	Guérison, mais n'a pas retravaillé.	Revue en 12-28.	Peu de troubles.
233. 38 ans 30-4-28 P	Fibrome.	Trois mois.	Revue en 12-28	Très peu de troubles.
234. 46 ans 21-5-28 P	Fibrome.	Un mois	Questionnaire. en 2-29	+ 8 kilogs
235. 42 ans 10-11-28 P	Fibrome.	Guérison.	Trop récente.	
236. 22 ans 16-1-28 P	Salpingite. Drainage vaginal.	Guérison.	Revue en 8-28.	Très bon état. Peu de troubles
237. 45 ans 21-1-28 P	Salpingite.	Mort au 15e jour. Gangrène pulmonaire (vérifiée à l'autopsie.		
238. 32 ans 17-2-28 P	Salpingite.	Mort le lendemain d'asystolie aiguë (goître exophtalmique).		
239. 28 ans 27-2-28 P	Salpingite. Conservation d'un ovaire	Guérison.	Revue en 7-28	Très bon état.
240. 39 ans 1-3-28 P	Salpingite.	Guérison.	Revue en 11-28	Très peu de troubles
241. 36 ans 3-5-28 P	Salpingite.	Trois mois	Revue en 1-29.	Peu de troubles. Stationnaire.
242. 46 ans 15-5-28 P	Salpingite.	Guérison.	Revue en 10 28.	Aucun trouble.
243. 23 ans 7-6-28 P	Salpingite.	Guérison.	Non revue.	

F	G	H	I	J	K
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Sans changement.
Belle cicatrice.	O	O	Cystocèle. (à opérer).	Toucher normal en dehors de ce cystocèle	Gênés par ce prolapsus.
Très belle cicatrice.	Constipée.	O	O	Toucher normal.	Légère sensibilité anormale.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Femme froide.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Rien d'anormal	Sans changement
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Améliorés.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Sans changement.
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	Sans changement.
Paroi faible, mais sans éventration véritable	O	O	O	Toucher normal.	Sans changement
Très belle cicatrice.	O	O	O	Toucher normal.	O

A	B	C	D	E
244. 22 ans 8-6-28 P	Salpingite. Drainage vaginal. Mickulicz par force majeure.	Guérison.	Revue en 9-28.	Peu de troubles.
245. 26 ans 10 6-28 P	Salpingite.	Guérison.	Revue en 10-28	Peu de troubles.
246. 48 ans 12-6-28 P	Métrite chronique (biopsie suspecte) Drainage vaginal.	Guérison.	Revue en 10-28.	Diabétique. Obèse Troubles assez marqués.
247. 33 ans 18-6-28 P	Salpingite	Guérison.	Non revue.	
248. 21 ans 1-7-28 P	Salpingite. Après deux césariennes et une appendicite Adhérences diffuses.	Guérison, mais réopérée 3 mois après pour occlusion par nouvelles adhérences	Revue depuis.	Mauvais état général (Rachitique).
249. 18 ans 11-9-28 P	Salpingite. Mickulicz et drainage vaginal.	Guérison.	Revue en 12-28.	Peu de troubles.
250. 22 ans 23-9-28 P	Salpingite.	Guérison.	Trop récente.	
251. 24 ans 23-9 28 P	Salpingite.	Guérison.	Trop récente.	
252. 45 ans 21-11-28 P	Salpingite.	Guérison.	Trop récente.	
253. 55 ans 26-11-28 P	Cancer du corps utérin.	Guérison, malgré désunion partielle de la paroi.	Trop récente.	

F	G	H	I	J	K
Belle cicatrice.	0	0	0	Toucher normal	Améliorés.
Belle cicatrice	0	0	0	Toucher normal.	Sans changement.
Très belle cicatrice.	0	0	0	Toucher normal.	Sans changement.
Cicatrice disgracieuse.	Voir colonne C.	Voir colonne C.	0	Toucher normal.	0
Belle cicatrice.	0	0	0	Toucher normal.	Sans changement.

I. — Étude des suites immédiates

A. — Guérisons

Nous sommes évidemment mal documentés sur les guérisons normales et sans incidents : la seule notion que nous ayons eue constamment est la date de sortie de la malade.

Les opérées commencent à se lever vers le 15e jour, et sortent habituellement de l'hôpital au bout de trois semaines à un mois. Celles que nous avons revues à distance ont pu reprendre leurs occupations, en moyenne 2 à 3 mois après l'opération.

Nous trouvons dans quelques observations le souvenir d'*incidents pariétaux*, en particulier d'un hématome (obs. : 203) ; d'une suppuration, sans conséquence d'ailleurs (obs. : 222) ; et de quatre éventrations, au moment de l'enlèvement des fils (obs. : 40, 209, 224 et 237) dont trois nécessitèrent une réfection de la paroi. Toutes guérirent d'ailleurs très bien.

Nous ne trouvons que *trois phlébites* ; et cependant il est peu probable que d'autres aient pu passer inaperçues, car nous avons, au cours de nos recherches, soigneusement interrogé les cas où les malades ne sont sorties de l'hôpital qu'après un séjour anormalement long.

Même en ajoutant une embolie non mortelle, une mort, certainement par embolie, et une mort peut-être due au même accident, nous trouvons pour les accidents phlébitiques un pourcentage assez satisfaisant, d'environ 2,50 % seulement.

Nous n'avons pas trouvé trace d'*hémorragies post-opératoires*. Nous n'en avons d'ailleurs personnellement jamais observé de notable. Ce n'est pas le cas des autres techniques, et la preuve en est chaque année, dans la surprise des nouveaux internes qui viennent d'autres services « à totales » ; où ils ont l'habitude de suites opératoires mouvementées, avec tamponnements, sérum intra-veineux, transfusions, etc... Jamais, dans le service de M. Wiart, l'interne de garde n'est dérangé pour une totale qui saigne.

Le schock est également exceptionnel.

Les cas de morts par schock post-opératoire, que nous avons signalés, nous ont beaucoup surpris lorsque nous avons étudié la statistique, et comparé les anciennes observations avec ce que nous avions vu dans le service. D'ailleurs, sur les cinq cas, un seul (obs. 191) avait été opéré selon la technique décrite.

L'absence de schock doit, à notre avis, être mise sur le compte de l'absence d'hémorragies. Quoi qu'il en soit, elle est tout à fait remarquable et frappante.

B. — Mortalité.

Nous devons faire abstraction de nos deux cas personnels, l'un par gangrène pulmonaire (obs. 237) ; et l'autre par myocardite (obs. 238) ; pour ne considérer que les 16 cas de M. Wiart, portant sur 229 opérations. La mortalité brute serait donc de 6,98 %. En réalité, il y a une précision très délicate à établir, mais essentielle ; c'est de déterminer le moment où M. Wiart,

ayant mis au point sa technique, l'a appliquée systématiquement. En effet, ces 229 opérations s'échelonnent de la fin de 1917 au début de 1928. Autrefois il faisait des subtotales, comme presque tout le monde, puis il est venu à la totale, non pas parce qu'il désirait expérimenter un procédé nouveau, mais bien dans le double but d'utiliser le drainage vaginal, à l'exclusion du drainage abdominal ; et de supprimer les cols infectés.

Pendant longtemps il employa les procédés classiques, avec une prédilection marquée pour l'hémisection utérine. Il lui arrivait également de totaliser ; plus rarement il fendait le col, laissé en place, afin de permettre la mise en place des mèches et du drain.

Ce n'est que vers 1923 que, par progrès successifs, il fut en pleine possession de sa technique, et que celle-ci lui parût suffisamment sûre pour être généralisée à la presque totalité de ses hystérectomies. Cette date correspond dans ses souvenirs, avec la lecture de ses comptes-rendus opératoires. Il se trouve qu'elle coupe en deux moitiés la période de 11 années sur laquelle portent nos chiffres.

Aussi convient-il de considérer deux périodes, coupées par l'été de 1923.

On obtient les chiffres suivants :

A. — *Avant 1923* :

		Morts	Pourcentage
Fibromes	44	3	6,81 %
Salpingites	62	8	12,95 %
Divers	1	0	0
Soit, au total	107	11	10,25 %

B. — *Après 1923 :*

		Morts	Pourcentage
Fibromes	53	2	3,96 %
Salpingites	64	3	4,81 %
Divers	5	0	0
Soit, au total	122	5	4,1 %

Les seize morts imputables à la totale se répartissent ainsi :

1 embolie	Obs. 51.
1 asystolie	— 95.
2 compl. pulm.	— 9 et 99.
1 hémorr. utéro-ovarienne	— 37.
3 péritonites	— 168, 17 et 29
5 schocks	— 134, 66, 100, 113 et 191.
3 causes inconnues	— 59, 98 et 121.

Or, pour juger sainement la gravité de la totale, entre les mains de M. Wiart, nous avons été amené à rechercher également, en regard, la mortalité de ses subtotales. Mais pour celles-ci la division en deux périodes était évidemment inutile, car la technique n'en avait pas changé. Les chiffres sont les suivants :

		Morts	Pourcentage
Fibromes	12	1	8,35 %
Annexites	36	2	5,8 %
Divers	2	0	0
Soit, au total	50	3	6 %

Nous devons ici faire une remarque : c'est que notre intention n'est pas le moins du monde de chercher à di-

minuer la mortalité de la totale en escamotant tel ou tel cas. Il n'en est pas moins vrai, puisque nous voulons comparer sa gravité avec celle de la subtotale, qu'il n'est pas juste de faire entrer en ligne de compte, dans un tel débat, les complications cardiaques ou pulmonaires que nous avons relevées ci-dessus ; ou encore l'hémorragie utéro-ovarienne. Si l'on voulait être tout à fait impartial, il faudrait donc ne tenir compte que des huit autres cas, qui seuls peuvent être logiquement mis en discussion (en admettant que les causes inconnues étaient en réalité imputables à la totale). Cependant nous ne voulons pas pouvoir être taxé de partialité, et nous préférons accepter les chiffres bruts tels quels, quitte à faire précéder les conclusions qu'ils impliquent, de cette réserve importante.

Or, ces conclusions sont les suivantes :

1° La mortalité de la totale, est, avec la technique que nous avons décrite de *4,1 %*. Entre les mains du même opérateur, elle était antérieurement de *10,25 %*. *Cette technique de totale est donc deux fois et demie moins grave que les autres* ;

2° Le même chirurgien, dans le même temps, a perdu *6 %* de ses subtotales. La subtotale, contrairement à la croyance généralement répandue, est donc une fois et demie *plus grave que la totale.*

Nous n'ajouterons aucun commentaire à ces constatations précises, préférant laisser parler les chiffres.

Avant de clore ce chapitre, il nous est difficile de ne pas ouvrir la parenthèse suivante au sujet du Mikulicz.

M. Wiart a employé ce drainage 10 fois : 7 fois pour

salpingite, après subtotale ; 2 fois pour salpingite, après totale (obs. 191 et 197) et 1 fois pour fibrome, après totale (obs. 202).

Trois de ces malades ont succombé : une totale pour salpingite (obs. 191) et deux subtotales ; ce qui présente exactement *30 % de mortalité pour le Mickulicz.*

Ce dernier n'offre donc *aucune sécurité absolue,* comme tant de chirurgiens se l'imaginent. Par contre, les cas où il a pu s'en dispenser — là où presque tous les autres l'auraient employé — sont innombrables. Nous citerons en particulier l'observation n° 212, où un double pyosalpinx se rompit, et où le rectum fut en outre blessé. Il se contenta d'un drainage vaginal, sous un cloisonnement vésico-colique ; et la malade guérit très simplement, sans même faire de fistule recto-vaginale. Le Mickulicz (sans vouloir aborder la question du cancer), est donc au moins *inutile dans la presque totalité des cas.*

II. — **Etude des résultats éloignés**

Nous ne ferons ici que résumer brièvement les notions recueillies par l'étude des 92 malades que nous avons revues à longue échéance, ou dont nous avons reçu réponse à notre questionnaire. La plus ancienne, date de plus de dix ans, les plus récentes de six mois environ.

a) *Etat général des malades.*

Toutes, ou presque, ont souffert de troubles endocriniens, cependant rien de plus variable ; et en particu-

lier. si la plupart ont notablement engraissé, beaucoup sont restées stationnaires et certaines ont maigri.

b) *Paroi.*

Là également, on note une variabilité extrême dans l'aspect ou la solidité des cicatrices. Le nombre des éventrations nous a paru très faible ; encore la plupart étaient-elles tout à fait partielles. Presque toutes les parois, entre parenthèses, avaient été suturées en 2 plans, au catgut et avec des crins cutanés.

c) *Troubles intestinaux.*

Le point qui nous a le plus intéressé a été de rechercher si le cloisonnement vésico-colique avait une influence quelconque sur le régime des selles. Nous n'avons rien constaté de probant dans ce sens. En effet, si beaucoup de malades se plaignent de constipation ; on trouve souvent, en poussant l'interrogatoire, que celle-ci était antérieure à l'opération. D'ailleurs cette constipation se voit aussi sans vessie-colon. D'autres malades enfin ont vu leurs fonctions intestinales améliorées par l'opération.

d) *Adhérences.*

Cette recherche est infiniment délicate, et pour avoir véritablement de la valeur ; elle aurait dû être accompagnée d'examens radiologiques que nous étions d'autant moins en mesure de pratiquer que cette question était très accessoire pour nous. Toutefois nous les avons recherchées avec soin, dans la mesure du possible,

mais il est difficile de tirer des conclusions de cinq ou six cas que nous avons cru dépister. Le seul cas (Obs. 248), véritablement net en était d'ailleurs à sa troisième ou quatrième laparotomie suivie d'adhérences.

e) *Troubles urinaires.*

Nous avons attaché le plus grand prix à cette étude ; et examiné particulièrement toutes les malades suspectes du moindre trouble. Certaines en effet se plaignaient de douleurs lombaires plus ou moins vagues, ou de troubles cystalgiques, également sans caractères précis. Cependant nous tenions absolument à savoir si le moindre de ces phénomènes ne pouvait pas être attribué à un traumatisme urétéral et nous avons fait examiner quelques-unes des malades, prises un peu au hasard parmi les cas tant soit peu suspects, par notre collègue et ami Pierre Paris, interne de M. le Dr Marion. Il a pratiqué ainsi quelques cystoscopies, avec cathétérismes des uretères. Dans un seul cas, obs. n° 62, l'uretère gauche, bien que normalement perméable, était légèrement coudé, à 5 cm. environ de la vessie.

Tous les autres étaient normaux.

Nous attirons incidemment l'attention sur l'observation n° 195, qui montre une coïncidence assez curieuse entre un fibrome et une hydronéphrose, qui a nécessité la néphrectomie ; mais cette hydronéphrose était antérieure au fibrome, ainsi qu'en témoigne l'histoire clinique.

Au total, nous n'avons pas observé une seule lésion urétérale nette sur nos 92 malades, ce qui démontre

bien la sécurité complète du procédé opératoire : l'observation 123, où un doute opératoire existait, ne nous a donné à l'examen ultérieur, aucune confirmation de ce doute. Quant à la malade dont nous avons parlé (page 55) nous ne pouvons en faire état, ne l'ayant pas retrouvée ultérieurement. Son histoire ne fait d'ailleurs que confirmer l'excellence de la technique décrite ; puisque la lésion urétérale — d'ailleurs bénigne — qui s'était produite, avait été due au fait que la pince de l'artère du col avait lâché, et que l'hémostase avait été faite ensuite au petit bonheur.

f) *Vagin.*

L'examen du vagin — et bien entendu de la vulve et du périnée — a retenu toute notre attention.

Au toucher, la presque totalité des femmes que nous avons examinées avaient une cicatrice parfaitement souple et indolore. Le vagin se termine en un cul-de-sac dont le fond va en s'amincissant, en doigt de gant. Cette cicatrice est habituellement élevée ; en situation rétrosymphysaire ; mais elle est mobile. Dans les cas récents où l'on a drainé, il n'est pas rare de voir subsister un petit cratère qui secrète pendant quelques semaines ; mais il se cicatrise toujours à la longue ; parfois il subsiste autour de cet ancien cratère un bourrelet plus ou moins induré, arrondi ou ovalaire, aplati d'avant en arrière, ou encore en croissant.

Au spéculum, nous n'avons jamais vu que cette cicatrice soit suintante, ou simplement dépourvue de muqueuse.

Nous n'avons jamais observé de transformation néoplasique, ni la moindre ulcération tant soit peu suspecte.

La chose que nous avons recherchée avec le plus d'insistance est le prolapsus. Or, sur 90 malades, nous n'avons vu qu'un seul cas véritable de cystocèle (obs. n° 231). Le prolapsus s'est produit subitement, trois mois environ après l'intervention. La masse, qui au moindre effort, fait issue par la vulve, n'excède pas le volume d'un œuf. Cependant elle est gênante, et nous avons vivement conseillé à la malade une intervention par voie périnéale. Ce qui sort est exclusivement la paroi antérieure du vagin, doublée de la vessie ; mais la cicatrice reste à l'intérieur. Il n'y a pas du tout de rectocèle.

Dans l'obs. n° 154, nous avons également vu un peu de muqueuse affleurer à la vulve ; sur une hauteur d'un travers de doigt à peine. Enfin les malades n°s 79 et 149 nous signalent dans leur questionnaire que, au moment des efforts de défécation, elles ressentent quelque chose de suspect.

Au total, il ne nous paraît guère possible de compter ces très légers glissements muqueux, comme de véritables prolapsus ; un seul cas net est à retenir. Nous sommes loin d'ailleurs des statistiques classiques, telles que celle de M. Walther (th. d'Escudier), qui donne environ 4 %, autant, dit-il, que pour la subtotale.

Enfin, nous avons vu quelques vulvites, par infection banale ou gonococcique. Il ne nous paraît pas nécessaire d'y attacher quelque importance.

g) *Rapports sexuels.*

Le caractère particulier de cette partie de l'interrogatoire n'a rebuté presque aucune des malades. Nous nous excusions d'ailleurs de notre indiscrétion, et la plupart comprenaient de très bonne grâce que la réponse que nous leur demandions était aussi instructive que les autres, pour le but que nous nous proposions. Certaines réponses furent assez pittoresques, et nous nous sommes permis de relater quelques-unes d'entre elles ; d'autant plus savoureuses qu'il s'agissait souvent de personnes dont l'âge ou l'aspect ne nous permettait guère d'attendre d'elles des confidences à ce sujet.

Le résultat de cette enquête est évidemment que la totale permet une vie génitale ultérieure, exactement comme si rien ne s'était passé. La plupart n'ont constaté aucun changement ; quelques-unes signalent des douleurs ; mais d'autres se félicitent de l'opération, tant au point de vue de la facilité du coït qu'à celui de la qualité des sensations.

*
* *

En résumé, si ce chapitre est particulièrement bref, c'est que l'immense majorité des opérées n'a pas d'histoire, et que tout se passe sans incidents. C'est bien à quoi nous nous attendions en recherchant les anciennes malades : mais encore fallait-il en avoir la confirmation, pour pouvoir le dire.

CONCLUSIONS

1° La totale est une opération supérieure à la subtotale à plusieurs points de vue essentiels ; en particulier :

— *elle dispense du drainage abdominal.*

— *elle supprime tous les inconvénients résultant de la persistance d'un col infecté.*

— *elle met à l'abri de la cancérisation secondaire.*

Elle ne mérite aucun des reproches qui lui sont couramment adressés concernant la *statique pelvienne et la vie génitale ultérieure.*

La qualité de la guérison qu'elle confère est donc aussi parfaite que possible, ainsi qu'en témoignent les 92 résultats éloignés que nous avons observés.

2° La totale est certainement plus difficile à réaliser que la subtotale, mais la technique que nous décrivons obvie à cet inconvénient, qui ne devrait pas, d'ailleurs, entrer en ligne de compte.

Sa plus grande gravité opératoire est formellement démentie par les chiffres que nous apportons. En effet, le même chirurgien, sur un très grand nombre de cas,

a une mortalité de 6 % sur la subtotale, et de 4, 1% sur la totale. Il avait par ailleurs, avant la mise au point de la technique décrite, une mortalité de 10,25 % : ce chiffre démontre surabondamment la plus grande gravité des autres procédés.

3° Pour étudier cette technique, nous avons pratiqué des lipioradiographies sur un certain nombre d'artères utérines. Or, la lecture de nos clichés démontre essentiellement que *l'artère cervico-vaginale doit être considérée comme la véritable artère du col utérin.*

On ne conçoit donc pas que l'on puisse exécuter une hystérectomie totale, avec toutes les garanties désirables de sécurité, sans consacrer à la ligature de cette artère un temps opératoire suffisamment individualisé.

4° *Or ce temps n'avait jamais été décrit,* dans les techniques antérieures, ou tout au moins n'avait-il été qu'ébauché, dans deux ou trois publications. *Il existe réellement dans celle de M. Wiart;* où l'hémostase de l'artère du col se trouve assurée par une pince spéciale, verticalement disposée en dedans de la pince à utérine, et dont tous les détails de mise en place sont parfaitement réglés.

5° *Nous avons apporté par nos lipio-radiographies, la preuve anatomique de l'excellence de cette technique,* qui n'avait jusqu'alors été vérifiée que cliniquement. Cette

preuve est tout simplement que *la pince verticale, à coup sûr, saisit l'artère du col,* et permet d'en réaliser la ligature.

6° Elle est également que l'uretère, contrairement à une notion couramment répandue, *ne peut pas être mis en danger par l'exérèse du col,* si l'on utilise le procédé décrit.

7° Pour cet ensemble de raisons ; nous croyons que la totale est appelée à supplanter la subtotale dans la majorité des cas où l'hystérectomie abdominale est indiquée.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Martin A. — Cité par Richelot comme le promoteur de l'hystérectomie totale (*Centralblatt, fur Gynäkologie*, 1889, n° 40, et *Zeitsch. fur Geb. und Gyn.* 1890, XX, p. 1, et Maladies des femmes, 1893, p. 261.

Richelot L. G. — De l'hystérectomie abdominale totale (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 1891, XXIII, p. 474).

Doyen E. — Hystérectomie abdominale totale (procédé personnel) (*Arch. prov. de chir.*, 1892, I, 498, 1896, IV, 625).

Lermander K. G. — Ueber abdominal Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Totalextirpationen des Uterus wegen Myom. (*Cent. f. gyn.*, 1892. XVI, 242 ; 1893, XVIII, 831-5).

Delagenière H. — De l'hystérectomie abdominale totale pour fibromyomes de l'utérus. (*B. et Mém. Soc. de Chir.*, 1895, XXI, 487 et *Arch. prov. de Chir.*, 1896, V. 653).

Edge F. — Abdominal panhystérectomy for large fibromyomata, of the uterus (*Birmingham méd. Rev.*, 1896, XL, 277-285)

Congrès Français de Chirurgie, (1896-1897-1899).

Congrès Internat de Médecine section gynécologique, Paris 1900.

Goullioud P. — Hystérectomie abdominale totale pour fibrome (*Arch. prov. de chir.*, 1897, VI, 45).

Angelesco. — Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs fibreuses de l'utérus (*Thèse Paris*, 1897-8, n° 69).

Hartmann. — L'hystérectomie abdominale totale. Sa tech-

nique opératoire, ses indications (*Ann. de Gynéco. et d'Obstétr.*, 1897, XLVIII, I, 14).

Segond. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, juillet 1897.

Richelot — *Bulletin soc. de chirurgie*, 1897 et *Revue de gyn. et chir. abdominale*, 1897, n° 2.

J. L. Faure. — Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale, la section médiane de l'utérus (*Presse Médicale*, 1897, II, 237, et 9e *Congrès fr. de Chirurgie*, 1898, 665).

Clapeyron B. — De l'hystérectomie abdominale totale comme premier temps de l'extirpation des salpingites purulentes (*Thèse Bordeaux*, 1898-9, n° 71).

Fredet. — *Thèse de Paris*, 1899.

Audard E. — Le drainage vaginal du péritoine après l'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées (*Thèse Paris*, 1902-3, n° 487).

Richelot L. G. — De la dégénérescence maligne du moignon cervical après l'hystérectomie subtotale pour fibromes ; remarques sur la myomectomie (*B. et M. Soc. de Chirurgie*, 1903 ; XXIX, p. 940).

Sorel R. — La péritonisation et l'hystérectomie abdominale totale dans les suppurations pelviennes chroniques (*16e Congr. fr. de Chir.*, 1903, 776).

Mourlhon. — *Thèse de Paris*, 1904.

Reinecke. — Ueber abdominelle total exstirpationen der uterus mit sagittaler Spaltung des Cervistumptes bei Cervixmyom (*Deuts. med. Wochens*, 1905, XXXI, 537-539).

Sorel R. — L'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des suppurations pelviennes chroniques (*Arch. prov. de chir.*, 1905, XIX, 236 et 268).

Chaput (H.) — Nouvelle méthode d'hystérectomie abdominale totale (*Revue de gynécologie*, 1906, X, 195).

Pauchet (V.). — Comment doit-on drainer le petit bassin après les interventions sur l'utérus et ses annexes ? (*Arch. prov. de chir.*, 1906, XV, 603-607).

Boeckel (J.). — De l'hystérectomie abdominale totale et subtotale (*Revue de gynécologie*, 1906, X, 397-417).

Ghéorghiu. — Rapport sur un mémoire de Daniel intitulé : Quelques considérations sur l'hystérectomie abdominale totale et sus-vaginale (*Bulletin de la Soc. de Chir. de Bucarest*, 1906-7, IX, p. 220-223).

Parrical de Chammard. — L'hystérectomie abdominale totale pour annexites suppurées (*Thèse Paris*, 1907-8, n° 106).

Ch. Monod et J. Vanverts. — *Traité de technique opératoire*, 1908, t. II, 883).

Faure (J. L.). — L'hystérectomie subtotale et l'hystérectomie totale (*La Gynécologie*, 1908, XII, p. 32-37).

Jayle. — Technique de l'hystérectomie abdominale totale (*Presse Médicale*, 1908, XVI, p. 17 à 19).

Willis (M.). — The factor of mortality in the operation of hysterectomy (*Surgery gynécology and Obstr.*, 1908, VII, p. 54 à 56).

Chassot. — Les résultats de l'extirpation totale de l'utérus dans les myomes utérins (*Revue médicale de la Suisse romande*, Genève, 1908, XXVIII, p. 590).

Hertyler (A. E.). — Technic of abdominal hysterectomy. (*Journal of American médical Association*, Chicago 1908, LI, p. 1563-65).

Desmarest et Descomps. — Hémostase dans l'hystérectomie totale (*Bulletin et mémoires de la Soc. anatomique de Paris*, 1909, LXXIV, p. 749).

Gosset. — Technique de l'hystérectomie totale avec drainage vaginal pour annexites suppurées (*Journal de Chirurgie*, 1909-10, III, p. 1 à 21).

Chaput. — Contribution à la technique de l'hystérectomie abdominale subtotale et totale (*Revue gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris 1910, XV, p. 97-104).

Gelder — Technique of hysterectomy used in the clinics of Barton Cooke Hirst (*Surgery Gynecology and Obstetr.*, 1910, XI, p. 85-87).

Chevrier. — Hémostase dans l'hystérectomie abdominale totale, l'hystérectomie subtotale ou en 2 temps (*Annales de gynécologie et obstétrique*, Paris 1910, 2e sem. VII, p. 88 à 100).

Faure (J. L.) et Siredey. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, Doin 1911).

Hartmann. — Gynécologie opératoire, 1911 (*Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale. Hartmann, Berger et Lecène*).

Bazy (L.). — Technique de l'hystérectomie par décollation antérieure pour double salpingite adhérente (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1912, XIX, p. 529 554).

Deaver (J. B.). — Hysterectomy (*Journal of American Medical Association*, 1912, LIX, p. 90-94).

De Bovis. — Hystérectomie totale ou subtotale dans le traitement des myomes utérins (*Semaine Médicale*, Paris 1912, XXXII, p. 73-75).

Bazy (L.) et Chambard. — Indications et résultats de l'hystérectomie par décollation antérieure (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris, 1912, XIX, p. 193 à 224.

Fromme. — Ueber die Blutstillung bu der abdominalen Karcinomoperation (*Zeitschrift fur Geburt und Gynaekologie*, Stuttgart, 1912, LXXI, p. 321-234).

Ricard. — Du procédé de la décollation antérieure dans l'hystérectomie abdominale (*Gazette des Hôpitaux*, 1913, LXXXVI, p. 585-587).

Dedet. — Hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes (*Thèse Paris*, 1916).

Gelpi (M. J.). — A useful hysterectomy clamp (*Journal of the American Médical Associaiion*, 1916, LXVI, p. 113).

Baldwin (J. F.). — The technic of abdominal hysterectomy (*Transactions American Association Obst. and Gynecology*, 1916, N. York, 1917, XXIX, p. 280 à 289).

Worrall (R). — The technic of total hysterectomy for non malignant conditions (*American Journal Obstétric*, N. York, 1917, LXXVI, p. 894 à 898).

Welpton (Martha). — Hysterectomy : a new technique and its special advantages (*Woman's Médical Journal*, 1917, XXVII, p. 130).

Hirst (B. C). — The results of anterior abdominal hysterectomy (*American Journal Obstétrics*, New-York, 1917, LXXV, p. 684-695).

Royster (H. A.). — Hysterectomy for fibroids (*South. Med. Journ.*, Birmingham, 1917, X, 412-416).

Baldwin (J. F). — The technic of abdominal hysterectomy (*American Journ. Obstetrics*, New-York, 1917, LXXV, p. 263 à 277).

Rochard. — Des avantages de l'hystérectomie abdominale totale, principalement dans les suppurations pelviennes (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1918, 3e S. LXXIX, p. 356 à 359).

Gudin (M). — Nouveau procédé d'hystérectomie totale par section aseptique du vagin sans drainage vaginal (*Paris Médical*, 1919, XXXIII, p. 211-213).

Latzko. — Technisches und Anatomisches zur Radikaloperation des Gebärmutterkrebses (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1919, XXXII, p. 889).

Van Hoosen (Bertha). — Technique for bloodless hysterectomy (*Surg. Gynec. and Obstétr.*, 1919, XXIX, p. 196-198).

Daels (F). — Indications et technique de l'hystérectomie abdominale (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, Bruxelles, 1919, XXIX, p. 702-732 et *Archives médicales Belges*, Bruxelles, 1919, LXXII, 2e Sem. p. 103).

Escudié — *Thèse de Paris*, 1919.

Polak (J. O.). — Advantages and technique of total hysterectomy (*Médical Record*, New-York, 1920, XCVIII, p. 793).

Black (W. T.). — When should a total hysterectomy be performed. in preference to a subtotal (*Memphis M. Mouth.*, 1920, XLI, p. 743-746 et *J. Ten. M. Assoc.*, Nashville, 1920-21, XIII, p. 289-292).

Dartigues. — L'hystérectomie abdominale totale avec drainage péritonéal direct (*Presse Médicale*, 1921, XXIX, p. 861-863).

Schmidt (H. R.). — Anatomische Untersuchungen zur Frage des Unteren Uterinsegmente (*Zeitschrift fur Geburt und Gynakologie*, Stuttgart, 1922, LXXX, p. 233-291).

Papin (F.). — A propos des cicatrices vaginales après les hystérectomies totales et les opérations de Wertheim (*Bulletin de la Soc. d'Obstétr. et de Gyn. de Paris*, 1922, XI, p. 711-713).

Aubert (V.). — La désinsertion vaginale dans l'hystérectomie abdominale totale (*Marseille Médical*, 1922, LIX, p. 447-450).

Amreich. — Die supravaginale Amputation und die vaginale und abdominale Totalexstirpation bei Myomen, Adnexen Extrauterine graviditate und benignen Ovarialzystomen (*Zeitschrift f. Geburtch. und Gynakologie*, Stuttgart, 1924, t. LXXXVIII, p. 68-96).

Villandre et Ledoux. — L'hystérectomie abdominale totale (*Paris-Chirurg.*, 1925, XVII, p. 97 à 103).

Ledoux. — Hystérectomie abdominale totale avec drainage. Indications, technique opératoire, drainage associé (*Thèse de Paris*, 1925).

du Bose (F. G.) — Technique of hysterectomy (*Surg. Gynec. and Obst.*, 1926, XLII, p. 832-836).

Desmarest. — L'hystérectomie subtototototale (*Journal de Chirurgie*, avril 1927).

Richardson. — Simplified technic for abdominal panhysterectomy (*American Méd. Asso.*, n° 90, 25 février 1928, p. 596-597).

Lahey (F. H.). — Simple method of removing cervix with uterus (*Surg gynec. and obst.*, n° 46, février 1928, p. 257-260).

Bauer (C. P.). — Comparative study of convalescence of 150 selected cases of vafinal supravaginal and total abdominal hysterectomy (*Am. J. Obst. and Gynec.*, n° 15 mai 1928, p. 680 à 682).

Chaton (M.). — Details of technic faciliting subvaginal and total operations (*Bulletin et Mémoires de la Société Nat. de Chirurgie*, n° 54, 5 mai 1928, p. 631-633).

Fischer (L. C.). — Complete extirpation, illustrations of dissection and anatomical relations (*Bulletin of the Davis-Fischer Sanatorium, Atlanta*, Baltimore n° 1, juin 1928, p. 15-27).

Gosset et Milianitch. — Hystérectomie abdominale totale pour fibrome (*Annales de Médecine et de Chirurgie*, t. I, n° 1, *Arnette, Editeur*).

V. Aubert. — Hystérectomie abdominale totale. Critique d'une technique (*Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Marseille*, t. I. n° 7, avril 1928).

Mmes Simone Laborde et Alice Roques. — Le cancer du col après l'hystérectomie subtotale (*Bulletin du Cancer*, 1928).

Pauchet V. — *Pratique chirurgicale illustrée*, fascicule V.

Marion. — *Technique chirurgicale*, t. II, p. 843.

Duval et Ameline. — 14 cas de pyosalpinx perforés (*Société de Chirurgie*. Séance du 10-7-29).

Wiart. — Hystérectomie totale (*Journal de Chirurgie*, juin 1929).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 11

CHAPITRE I

Les raisons qui opposent la totale à la subtotale 13

CHAPITRE II

L'artère cervico-vaginale est la véritable artère du col utérin 31

CHAPITRE III

Technique 46

CHAPITRE IV

Indications particulières 67
Observations et statistique 80
Conclusions 131
Bibliographie 135

1929. Saint-Amand (Cher). — Imprimerie A. CLERC.